







# AFMA 29<sup>TH</sup> MARTIAL ARTS WORLD CHAMPIONSHIPS

## TEAM KATA & KUMITE DIVISIONS - BLACK BELTS

**THREE PERSONS PER TEAM MALE / FEMALE AGE: 18 yrs. & up \$40.00**

**ALL TEAMS MUST BE REGISTERED BY JUNE 15, 2017**

Country: \_\_\_\_\_ Karate School \_\_\_\_\_ Instructor \_\_\_\_\_

### KUMITE

1) Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

2) Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

3) Name : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

### KATA

1) Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

2) Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

3) Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

### RELEASE

I, the undersigned, do hereby voluntarily submit my application for participation in the American Federation of Martial Arts Championship, on Sunday, August 5-6<sup>th</sup>, 2017. I hereby assume full responsibility for any and all damages, injuries, or loses that I may sustain or incur, if any, while participating or attending. I waive all claims against promoters, operator's sponsors, judges, officials, Hamaca Resort, opponents and AFMA. I understand that any medical treatment given to me by tournament staff will be certified first aid only. I further submit that I am in good physical condition and have my doctor's approval to compete in this event.

1) \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF CONTESTANT                      PRINT NAME                      DATE

2) \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF CONTESTANT                      PRINT NAME                      DATE

3) \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF CONTESTANT                      PRINT NAME                      DATE

**No team Registration at the Door.**

**Entry forms to be mailed to: Lillian Escobar, 92 Kenilworth Ave., Staten Island, NY 10312**

**Please make checks payable to AFMA. For more information, please call: Lillian Escobar (917) 940-5490**



## AFMA 29<sup>TH</sup> MARTIAL ARTS WORLD CHAMPIONSHIPS

### EQUIPO KATA Y KUMITE – CINTURON NEGRO

**TRES PERSONAS POR EQUIPO HOMBRE /MUJER EDAD: 18 anos y adelante \$40.00**

**TODOS LOS EQUIPOS DEBEN SER REGISTRADOS AL 15 DE JUNIO DE 2017**

Pais: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

#### KUMITE

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### KATA

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo / nosotros deseo / deseamos participar voluntariamente en el 29 Torneo internacional de AFMA de Artes Marciales que se lleva a cabo en la Republica Dominicana a partir del Domingo 5-6 de Agosto del 2017. La atención médica por cualquier herida como resultado de mi participación en el 29 Torneo Internacional de AFMA en la Republica Dominicana, será de mi propia responsabilidad. La Federación Americana de Artes Marciales (AFMA), Oficiales, el hotel Hamaca Resort, Boca Chica no tendrán ninguna responsabilidad para proveer atención médica, solamente los primeros auxilios, como condición para que mi aplicación sea aceptada. Yo asumo todos los riesgos y acepto toda la responsabilidad a todo daño, heridas o pérdida de cualquier tipo, incluyendo sin limitación de daño causado por trato médico, los atavíos de protección o falta de atavíos por otros exponentes, las superficies del suelo, otros participantes que puede suceder mientras yo este participando, compitiendo o peleando en dicho Torneo Internacional de Artes Marciales. De mi parte y de mis representantes, por este medio renuncio a todo mis derechos contra la Republica Dominicana, el hotel Hamaca Resort, Boca Chica, La Federación Americana de Artes Marciales (AFMA), Agentes, Empleados, Médicos y Oficiales, individualmente o conjuntamente por cualquier daño previamente mencionado por heridas, incluyendo cualquier reclamo de daño físico o psicológico que pueden surgir en el futuro.

1) _____ FIRMA DEL COMPETIDOR	_____	_____
	NOMBRE	FECHA
2) _____ FIRMA DEL COMPETIDOR	_____	_____
	NOMBRE	FECHA
3) _____ FIRMA DEL COMPETIDOR	_____	_____
	NOMBRE	FECHA

**Equipos no pueden registrarse el día del evento.**

**Envíe los formularios de inscripción a Lillian Escobar, 92 Kenilworth Ave., Staten Island, NY 10312**