

**ALBUQUERQUE SOCCER LEAGUE
FORMULARIO DE APELACIONES**

Debe recibirse dentro del plazo de tres (3) días a partir de la fecha del juego

Sólo para uso de ASL

Fecha de Recepción: _____ Informe del Árbitro Adjunto: _____

Cargo Adjunto: _____ Comité de Apelaciones Notificado: _____

Fecha del Juego: _____

Lugar: _____

Nombre del Árbitro: _____

**Persona que Presenta
la Apelación:** _____

Equipos: _____ (su equipo) **vs.** _____ (equipo contrario)

Explicación del Incidente y Fundamentos de la Apelación

Firma de la persona que presenta el formulario: _____