

**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:** \_\_\_\_\_