

EE.UU y Canadá

DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

* “Nuestra Comunidad debe incluir a todos los que sufren del alcoholismo. Por eso, no podemos rechazar a nadie que quiera recuperarse. Ni debe el ser miembro de A.A. depender del dinero o de la conformidad. Cuandoquiera que dos o tres alcohólicos se reúnan en interés de la sobriedad, podrán llamarse un grupo de A.A., con tal que, como grupo, no tengan otra afiliación.” – Tercera Tradición (Forma Larga)

“Cada grupo de Alcohólicos Anónimos debe ser una entidad espiritual con un solo objetivo primordial—el de llevar el mensaje al alcohólico que aún sufre.” – Quinta Tradición (Forma larga)

“A menos que se esfuerce por observar las Doce Tradiciones de A.A., el grupo puede deteriorarse y morir” – Doce Pasos y Doce Tradiciones, pág. 169

Las Tradiciones de A.A. sugieren que no se ponga al grupo el nombre de una institución o de una persona (vivo o muerto), y que el nombre del grupo no implique afiliación con ninguna secta, religión, organización o institución.

Nombre del Grupo: _____ Fecha de establecimiento del Grupo: _____

Lugar de reunión del Grupo: _____ Cantidad de Miembros: _____

Dirección: _____

Pueblo/Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____

Día de reunión	Lunes <input type="checkbox"/>	Martes <input type="checkbox"/>	Miércoles <input type="checkbox"/>	Jueves <input type="checkbox"/>	Viernes <input type="checkbox"/>	Sábado <input type="checkbox"/>	Domingo <input type="checkbox"/>
Hora de reunión	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enviar la correspondencia de la OSG en: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Idioma de la reunión (si es diferente) _____							
TIPO de reunión (abierto o cerrado): _____ formato de reunión (discusión, altavoz, etc.): _____							

REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES

Nombre: _____ E-Mail: _____

Ciudad/Pueblo: _____

Dirección: _____

Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

**RSG
SUPLENT
E**

CONTACTO

(Indique uno ✓)

Nombre: _____ E-Mail: _____

Ciudad/Pueblo: _____

Dirección: _____

Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Se reúne su Grupo en un hospital, en un centro de tratamiento o de desintoxicación? Si la respuesta es afirmativa, ¿está abierta para los A.A. de la comunidad local?

	Sí	No
	Sí	No

y números de teléfono de los contactos listados en este formulario. ¿Quiere que su grupo aparezca en el Directorio que cubre su región? Sí No

FIRMA: _____

Fecha: _____

MANERAS DE DEVOLVER ESTE FORMULARI

Correo Postal: Area 46 Registrar

Correo electrónico:

5917 Camino San Carlos

registrar@nm-aa.org

Santa Fe, NM 87507

SOLO PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO DE REGISTROS DE LA OSG

Número de área de delegado: Número de distrito: Número de servicio de grupo (asignado por la OSG):