

* "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 esfuere 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 un miembro (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							
Idioma: (Indique uno <input checked="" type="checkbox"/>)	INGLES <input type="checkbox"/>	ESPAÑOL <input type="checkbox"/>	FRANCES <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	_____ (especifique)		

REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES

Nombre _____ N° de Teléfono # (_____)

Dirección _____ Ciudad/Pueblo _____

Estado/Provincia _____ Código Postal _____

RSG SUPLENTE **O CONTACTO** (Indique uno)

Nombre _____ N° de Teléfono # (_____)

Dirección _____ Ciudad/Pueblo _____

Estado/Provincia _____ Código Postal _____

¿Se reúne su Grupo en un hospital, en un centro de tratamiento o de desintoxicación? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿está abierta para los A.A. de la comunidad local, así como para los pacientes del centro? Sí No

Si se va a inscribir el grupo en el directorio, favor de facilitar el número de teléfono y la dirección postal del R.S.G., suplente o contacto de grupo. La inclusión en el directorio es solo para referencias de Paso Doce y/o para solicitudes de información sobre el horario y el lugar de las reuniones. Se inscribirá el nombre del R.S.G. (u otro contacto) en el directorio junto con el nombre y número de servicio del grupo.

INSCRIBIR EN EL DIRECTORIO? Sí No

Firma: _____ Fecha: _____

Número de Area de Delegado: _____ Número de Distrito: _____ Cantidad de Miembros: _____

Número de Servicio de Grupo (Asignado por la G.S.O.) # _____