

\*"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 quedes 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 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: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: FL Código Postal: \_\_\_\_\_

Día de reunión	DOM <input type="checkbox"/>	LUN <input type="checkbox"/>	MAR <input type="checkbox"/>	MIER <input type="checkbox"/>	JUE <input type="checkbox"/>	VIER <input type="checkbox"/>	SAB <input type="checkbox"/>
Horas de reunión							
Tipo de reunión							
Idioma (marcar uno )	INGLÉS <input type="checkbox"/>	ESPAÑOL <input type="checkbox"/>	FRANCÉS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>			

**Representante Servicios Generales (R.S.G.)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: FL Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
 INSCRIBIR EN EL DIRECTORIO? Sí  No   
 Recibir Actas del Área 14 a través de: Email:  Correo:   
**R.S.G. Suplente  ó Contacto Nuevo  ( Indique uno )**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: FL Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
 INSCRIBIR EN EL DIRECTORIO? Sí  No   
 Recibir Actas del Área 14 a través de: Email:  Correo:

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? 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., y del suplente o el 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.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DEVOLVER EL FORMULARIO A: Registrar, P.O. Box 15504 Brooksville, FL 34604  
 EMAIL: registrar@aanorthflorida.org