

БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ

новой группы Анонимных Алкоголиков в Центре Обслуживания Содружества АА Беларуси

«Наше членство должно включать всех страдающих от алкоголизма. Поэтому мы не можем отказывать никому из тех, кто желает выздороветь. Членство в АА никогда не должно зависеть от денег или умения приспособливаться. Любые двое или трое алкоголиков, собирающиеся вместе с целью поддержания трезвости, могут считать себя группой АА при условии, что как группа они не входят в какую-либо другую организацию.» – Третья Традиция (развернутая форма)

«Каждая группа Анонимных Алкоголиков должна быть самостоятельным объединением, основанном на духовности, имеющим лишь одну главную цель – доносить свои идеи до тех алкоголиков, которые все еще страдают.» – Пятая Традиция (развернутая форма).

«Если группа даже приблизительно не следует Двенадцати Традициям АА, то она может захиреть и развалиться.» – «Двенадцать Шагов и Двенадцать Традиций» – стр. 174 (стр. 194 – русского издания).

Согласно Традициям АА предлагается не присваивать группе имени учреждения или члена АА (здравствующего или умершего) с тем, чтобы название группы не подразумевало присоединения к каким-либо вероисповеданию, религии, организации или учреждению.

НАЗВАНИЕ ГРУППЫ: _____ ДАТА ОСНОВАНИЯ ГРУППЫ: _____

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ СОБРАНИЙ: _____ ЧИСЛО ЧЛЕНОВ (ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО) _____

АДРЕС _____

ДНИ СОБРАНИЙ	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВРЕМЯ СОБРАНИЙ							

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ГРУППЫ ПО ОБЩЕМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ А.А.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____ Адрес электронной почты _____

АДРЕС: _____

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ГРУППЫ ИЛИ ПОЧТОВЫЙ СВЯЗНОЙ
(Отметьте на выбор одного галочкой)

ФАМИЛИЯ, ИМЯ _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____ Адрес электронной почты _____

АДРЕС: _____

Ваша группа собирается в больнице, лечебном центре или детоксе? Да Нет
Если «Да», то открыта ли она для членов АА данной местности и пациентов центра? Да Нет

Подпись: _____ Дата: _____

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ГРУППЫ (ПРИСВОЕННЫЙ ГРУППЕ ОБСЛУЖИВАЮЩИМ ОФИСОМ)

№ _____

ПОЖАЛУЙСТА, ВОЗВРАТИТЕ ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК ПО АДРЕСУ:

220103, Минск, ул. Калиновского, 6, комната 19 или по электронному адресу: oo_csaa@tut.by