

# Miembro Al-Anon que colabora en el servicio Alateen

*Todos los miembros Al-Anon que colaboran en la labor de servicio Alateen deben completar este formulario.  
(Letra de imprenta)*

Nombre y Apellido:

Dirección:

Ciudad, Estado/Provincia:

Zona Postal:

Teléfono:

E-mail:

Nº de distrito:

***Estoy de acuerdo con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento, y estoy dispuesto(a) cumplir con ellos.***

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Según mi entender, el miembro Al-Anon antes mencionado cumple con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento.***

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada de la zona

\_\_\_\_\_  
Zona #

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Por favor, a continuación escriba su nombre en letra de imprenta:*

***Cada zona debe certificar a la OSM, anualmente, que cada miembro Al-Anon que colabora en el servicio Alateen ha cumplido con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento, y han acordado seguir cumpliéndolos.***

No. de identificación asinado por la OSM:

Para uso de la zona: