



ALCOOLIQUES ANONYMES
Bureau des services généraux

FORMULAIRE D'INFORMATION DU GROUPE

Date

REGION Groupe en salle en visio en milieu carcéral

District langue accès PMR 

NOM DU GROUPE

Lieu de réunion

Adresse

CP Ville

Informations complémentaires

Destinataire postal

Adresse

CP Cédex Ville

Tél. Mail

LES REPRESENTANTS DU GROUPE

Prénom	Prénom
NOM	NOM
Adresse	Adresse
CP Ville	CP Ville
Tél.	Tél.
Mail	Mail

CREATION

MODIFICATION

FERMETURE DEFINITIVE

Avant toute **ouverture** ou **fermeture définitive** du groupe, **contacter** le Comité régional.

Réunion 1

Jour

Horaire

	Semaines		
Réunion	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
ouverte	4 ^{ème}	5 ^{ème}	Dern.

Visioréunion

Lien

Réunion 2

Jour

Horaire

	Semaines		
Réunion	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
ouverte	4 ^{ème}	5 ^{ème}	Dern.

Visioréunion

Lien

Réunion 3

Jour

Horaire

	Semaines		
Réunion	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
ouverte	4 ^{ème}	5 ^{ème}	Dern.

Visioréunion

Lien

Si plus de réunions, remplir un autre formulaire

Mise à jour 01/11/2022