

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n° \_\_\_\_\_  
 Reçue le \_\_\_\_\_  
 Transmise le \_\_\_\_\_

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

**POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE**  
 Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Pseudonyme \_\_\_\_\_  
 Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire

**Domicile** (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**  
 Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 12)  Conjoint ou pacsé salarié

4 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)**

RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de \_\_\_\_\_

DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de \_\_\_\_\_

4B **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :  
 Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB

5  **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

6 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE**  Etablissement où vous exercez votre activité  Votre domicile personnel  
 Remplir cadre 7  Dans une entreprise de domiciliation  Passer au cadre 8

6B  **Ambulant** ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal :  
 \_\_\_\_\_

7 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_  
 DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_  
 Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_

11 **ORIGINE DU FONDS**  Création passer directement au cadre suivant  
 Location - Gérance  Gérance - Mandat  
 Achat, Partage, Licitiation  
 Autre \_\_\_\_\_

**Précédent exploitant** : N° unique d'identification \_\_\_\_\_

Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

8 **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** \_\_\_\_\_

**Activité** :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant)  
 Activité(s) exercée(s) dans l'établissement \_\_\_\_\_

Activité principale \_\_\_\_\_

**Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :**

- Commerce de détail en magasin (surface : \_\_\_\_\_ m²)
- Commerce de détail sur marché
- Commerce de détail sur Internet
- Commerce de gros
- Fabrication, production
- Bâtiment, travaux publics
- Autre préciser \_\_\_\_\_

**Location-Gérance ou Gérance-Mandat :**  
 Dates du contrat : Début \_\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_\_  
 Renouvellement par tacite reconduction  oui  non

**Loueur du fonds ou Mandant du fonds :**  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Domicile / Siège \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

9 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** \_\_\_\_\_

**ENSEIGNE** \_\_\_\_\_

**Pour la gérance-mandat** : N° unique d'identification du mandant \_\_\_\_\_  
 Greffe d'immatriculation \_\_\_\_\_

10 **EFFECTIF SALARIE** :  non  oui, nombre : \_\_\_\_\_ dont : \_\_\_\_\_ apprentis \_\_\_\_\_ VRP  
 Vous embauchez un premier salarié  oui  non

**Achat, Partage, Licitiation** : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution \_\_\_\_\_  
 Nom du journal \_\_\_\_\_

## DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

**12**  **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Nationalité \_\_\_\_\_ Né(e) le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dépt. [ ][ ][ ] Commune / Pays \_\_\_\_\_

**13**  **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT**  **PROPRIETAIRE INDIVIS**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Domicile \_\_\_\_\_ Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_  
**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dépt. [ ][ ][ ] Commune / Pays \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

**14** **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** [ ]  
**POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :** Titre de séjour N° [ ] délivré à \_\_\_\_\_ expirant le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
**Exercice simultané d'une autre activité :**  oui  non  
**Si oui, serez-vous simultanément :**  Salarié  Salarié agricole  Retraité / Pensionné  Autre (préciser) \_\_\_\_\_  
**VOUS ÊTES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE :** périodicité du versement des cotisations  mensuelle  trimestrielle

**CONJOINT COLLABORATEUR :** Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite/pension d'invalidité) ou d'études  oui  non.  
 Indiquer son N° de sécurité sociale : [ ]

## OPTION FISCALE HORS EIRL

**15** **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :** Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu  oui  non  
 Versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes (sous conditions cf. notice P0 CMB micro-entrepreneur).

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**16** **OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

**17** **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° [ ][ ]  Autre : \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_ Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

**18**  Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers (cf. notice).  
**Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.  
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.**

<p><b>19</b> <input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> Désigné au cadre 2  <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> ayant procuration          nom, prénom / dénomination et adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés</p> <p>Fait à _____ Le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]</p> <p>Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA [ ][ ]</p> <p>Nombre d'intercalaire(s) : PO' [ ][ ] / NDI [ ][ ]</p>	<p><b>SIGNATURE</b></p> <p>_____</p> <p>Signer chaque feuillet séparément</p>
---	--	---

**PERSONNE PHYSIQUE**

Déclaration n° \_\_\_\_\_  
 Reçue le \_\_\_\_\_  
 Transmise le \_\_\_\_\_

**1** Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

**POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE**  
 Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18

**DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE**

**2 NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Pseudonyme \_\_\_\_\_  
 Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
 Le mineur émancipé est autorisé à être commerçant par décision judiciaire  
**Domicile** (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

**4 DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)**  
 RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de \_\_\_\_\_  
 DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de \_\_\_\_\_

**3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**  
 Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 12)  Conjoint ou pacsé salarié

**4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**  
 Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :  
*Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL CMB*

**5**  **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

**DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE**

**6 ADRESSE DE L'ENTREPRISE**  Etablissement où vous exercez votre activité  Votre domicile personnel  
*Remplir cadre 7*  Dans une entreprise de domiciliation *Passer au cadre 8*

**6B**  Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : \_\_\_\_\_

**7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_  
 DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_  
 Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_

**11 ORIGINE DU FONDS**  Création passer directement au cadre suivant  
 Location - Gérance  Gérance - Mandat  
 Achat, Partage, Licitacion  
 Autre \_\_\_\_\_

**8 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** \_\_\_\_\_  
**Activité :**  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant)  
 Activité(s) exercée(s) dans l'établissement \_\_\_\_\_  
 Activité principale \_\_\_\_\_  
**Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :**  
 Commerce de détail en magasin (surface : \_\_\_\_\_ m²)  
 Commerce de détail sur marché  Commerce de détail sur Internet  
 Commerce de gros  Fabrication, production  
 Bâtiment, travaux publics  Autre préciser \_\_\_\_\_

**Précédent exploitant :** N° unique d'identification \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

**Location-Gérance ou Gérance-Mandat :**  
 Dates du contrat : Début \_\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_\_  
 Renouvellement par tacite reconduction  oui  non

**Loueur du fonds ou Mandant du fonds :**  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Domicile / Siège \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

**9 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** \_\_\_\_\_  
**ENSEIGNE** \_\_\_\_\_

**Pour la gérance-mandat :** N° unique d'identification du mandant \_\_\_\_\_  
 Greffe d'immatriculation \_\_\_\_\_

**10**

**Achat, Partage, Licitacion :** Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution \_\_\_\_\_  
 Nom du journal \_\_\_\_\_

## DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

<b>12</b>	<input type="checkbox"/> <b>CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR</b> Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Nationalité _____ Né(e) le <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Dépt. <input style="width: 60px;" type="text"/> Commune / Pays _____
<b>13</b>	<input type="checkbox"/> <b>PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT</b> <input type="checkbox"/> <b>PROPRIETAIRE INDIVIS</b> Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Domicile _____ Code postal <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Commune _____ <b>Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :</b> Né(e) le <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Dépt. <input style="width: 60px;" type="text"/> Commune / Pays _____ Nationalité _____

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

<b>14</b>	
-----------	--

## OPTION FISCALE HORS EIRL

<b>15</b>	
-----------	--

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

<b>16</b>	<b>OBSERVATIONS :</b> _____			
<b>17</b>	<b>ADRESSE de correspondance</b> <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° <input style="width: 60px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ Code postal <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Commune _____ Tél _____ Tél _____ Télécopie / courriel _____			
<b>18</b>	<input type="checkbox"/> Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers ( <i>cf. notice</i> ). Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, au REB ou au RSEIRL et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail. <b>Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.</b>			
<b>19</b>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> <i>Désigné au cadre 2</i>  <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>ayant procuration</i>  <b>nom, prénom / dénomination et adresse</b>                  _____                  _____                  _____             </td> <td style="width: 35%; vertical-align: top;">                 Certifie l'exactitude des renseignements donnés                  Fait à _____ Le <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/>                  Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA <input style="width: 60px;" type="text"/>                  Nombre d'intercalaire(s) : PO' <input style="width: 60px;" type="text"/> / NDI <input style="width: 60px;" type="text"/> </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>SIGNATURE</b>                   Signer chaque feuillet séparément             </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> <i>Désigné au cadre 2</i> <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>ayant procuration</i> <b>nom, prénom / dénomination et adresse</b> _____ _____ _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA <input style="width: 60px;" type="text"/> Nombre d'intercalaire(s) : PO' <input style="width: 60px;" type="text"/> / NDI <input style="width: 60px;" type="text"/>	<b>SIGNATURE</b>  Signer chaque feuillet séparément
<input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> <i>Désigné au cadre 2</i> <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>ayant procuration</i> <b>nom, prénom / dénomination et adresse</b> _____ _____ _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> <input style="width: 60px;" type="text"/> Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA <input style="width: 60px;" type="text"/> Nombre d'intercalaire(s) : PO' <input style="width: 60px;" type="text"/> / NDI <input style="width: 60px;" type="text"/>	<b>SIGNATURE</b>  Signer chaque feuillet séparément		

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.