



N° 11768*02

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

RÉSERVÉ AU CFE UIDBFKT

PERSONNE PHYSIQUE

PROFESSION LIBÉRALE ET ASSIMILÉE

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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE
 Remplir obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, selon votre situation les cadres 3, 4, 11

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **NOM DE NAISSANCE** _____
 Nom d'usage _____
 Prénoms _____
 Pseudonyme _____
 Sexe M F
 Né(e) le _____
 Dépt. _____ Commune / Pays si à l'étranger _____
Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune / Pays si à l'étranger _____

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE**
 Conjoint ou pacsé **collaborateur** (préciser pour celui-ci)
 Conjoint ou pacsé **salarié**
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune / Pays _____
 Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) _____
 Code postal _____ Commune _____

4 **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)**
 Vous déposez une demande d'ACCRES avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

DÉCLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU À L'ÉTABLISSEMENT

5 **VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITÉ À :** Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6 Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous
 LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITÉ (bureau, cabinet, établissement)
 Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit _____ Code postal _____ Commune _____

6 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____
 Activité(s) exercée(s) _____
 Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : _____
 Vous exercez une activité saisonnière indiquez la ou les période(s) d'activité : _____

7 **ORIGINE DE L'ACTIVITÉ :**
 Création (passer directement au cadre suivant)
 Reprise
Prédécesseur ou précédent exploitant :
 Numéro unique d'identification _____
 Pour une personne physique
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Pour une personne morale : Dénomination _____

8 **EFFECTIF SALARIÉ :** non oui, nombre : _____
 Vous embauchez un premier salarié oui non

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9 **VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE** _____ **Votre conjoint** est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non
 Pour le conjoint ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale _____
 Pour les étrangers (sauf ressortissants de l'Union Européenne) : Titre de séjour N° _____ délivré à _____ expirant le _____
Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général Agricole Non salarié non agricole Autre _____
Assurance maladie : organisme choisi _____ N° _____
 Si exercice antérieur d'une activité non salariée, précisez laquelle : _____ Dépt. _____ Commune _____ Date de cessation _____
Resterez-vous simultanément : Salarié Salarié agricole Retraité / Pensionné Autre _____

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION(S) FISCALE(S)

10 **B.N.C. :** Régime spécial B.N.C (fiscal micro) Déclaration contrôlée
 Option pour la tenue d'une comptabilité créances/dettes

T.V.A. : Franchise en base Réel simplifié Réel normal
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an.

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

11 **OBSERVATIONS :** _____

12 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre _____
 Code postal _____ Commune _____
 Tél. _____ Tél. _____
 Fax / mèl _____

Le présent document constitue déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

13 **LE DÉCLARANT** (désigné au cadre 2)
 LE MANDATAIRE
 nom, prénom/dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) _____
 Formulaire ACCRES : oui non

SIGNATURE

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.