



# DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13	<p><input type="checkbox"/> CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR</p> <p>Nom de naissance ..... Nom d'usage ..... Prénoms .....          Nationalité ..... Né(e) le I_I_I_I_I_I_I Dépt. I_I_I Commune / Pays .....</p>							
14	<p><input type="checkbox"/> PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE INDIVIS</p> <p>Nom de naissance ..... Nom d'usage ..... Prénoms .....          Domicile ..... Code postal I_I_I_I_I Commune .....</p> <p>Pour la personne ayant le pouvoir d'engager : Né(e) le I_I_I_I_I_I_I Dépt. I_I_I Commune / Pays ..... Nationalité .....</p>							
<b>DÉCLARATION SOCIALE</b> Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux								
15	<p><b>VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE</b> I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I</p> <p><b>VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ</b> : périodicité du versement des cotisations <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle</p> <p><b>ASSURANCE MALADIE</b> : Régime antérieur à la déclaration : <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Agricole <input type="checkbox"/> Non salarié non agricole <input type="checkbox"/> Autre.....</p> <p>Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) ..... N° I_I_I_I</p> <p>Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : ..... Dépt. I_I_I Commune ..... Date de cessation I_I_I_I_I_I_I_I_I_I</p> <p>Resterez-vous simultanément : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Retraité / Pensionné <input type="checkbox"/> Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....</p> <p><b>POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE</b> : Titre de séjour N° I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I délivré à ..... expirant le I_I_I_I_I_I_I_I_I_I</p> <p><b>CONJOINT</b> : Votre conjoint marié ou pacsé est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non          Pour le conjoint marié ou pacsé qui a choisi le statut de collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I</p>							
		<b>PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT</b>						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 oui      non	Nationalité	Pour les ressortissants hors Union Européenne de plus de 18 ans N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
<b>OPTION FISCALE HORS EIRL</b>								
16	<p><b>VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC)</b> : Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>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).</p>							
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES</b>								
17	<p><b>OBSERVATIONS :</b></p>							
18	<p><b>ADRESSE de correspondance</b> <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° ---- <input type="checkbox"/> Autre : .....          ..... Code postal I_I_I_I_I Commune .....</p>						Tél.....	Tél.....
19	<p><input type="checkbox"/> Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).</p> <p>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>							
20	<p><input type="checkbox"/> LE DECLARANT Désigné au cadre 2  <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse</p>		<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés          Fait à ..... Le .....          Intercalaire(s) : PEIRL: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA : .....          ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non          Nombre d'intercalaire(s) : P0' .... / NDI .....</p>				<p><b>SIGNATURE</b></p> <p>Signer chaque feuillet séparément</p>	

## PERSONNE PHYSIQUE

RESERVÉ AU CFE MGUIDBEFKT

 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 dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 20 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5bis, 6, 8, 10, 13, 14, 17, 19

## DÉCLARATION RELATIVE À 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**: rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays.....

**Forain**  Commune de rattachement administratif : Code postal \_\_\_\_\_

Nom de la commune.....

Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 18

## 4 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE

 Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 13)  Conjoint ou pacsé salarié

## 5 DÉCLARATION RELATIVE À L'INSAISISSABILITÉ 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 .....

## 5B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

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

## 6 AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN AUTRE ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE. Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

## DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 ADRESSE DE L'ENTREPRISE \_\_\_\_\_  Etablissement où vous exercez votre activité  
Remplir cadre 8 \_\_\_\_\_  Dans une entreprise de domiciliation Votre domicile personnel  
passer au cadre 97B  Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal :  
\_\_\_\_\_

## 8 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit.....

Code postal \_\_\_\_\_ Commune.....

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

Nom du domiciliataire.....

## 12 ORIGINE DU FONDS

 Création passer directement au cadre suivant  
 Location - Gérance  Gérance - Mandat  
 Achat, Partage, Licitation  
 Autre .....
**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**Loceur du fonds ou Mandant du fonds :**

Nom de naissance / Dénomination.....

Nom d'usage ..... Prénoms.....

Domicile / Siège.....

Code postal \_\_\_\_\_ Commune.....

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

Greffé d'immatriculation.....

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

Nom du journal.....

## 10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :

ENSEIGNE.....

# DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

13

## CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

Nom de naissance ..... Nom d'usage ..... Prénoms .....  
 Nationalité ..... Né(e) le | | | | | | | Dépt. | | | | Commune / Pays .....

14

## 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 .....

15

## DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16

## OPTION FISCALE HORS EIRL

17

### OBSERVATIONS :

**ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° ---  Autre : .....  
 ..... Code postal | | | | | Commune .....

Tél ..... Tél .....  
 Télécopie / courriel .....

18

Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou 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.

19

LE DECLARANT Désigné au cadre 2  
 LE MANDATAIRE ayant procuration  
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à ..... Le .....  
 Intercalaire(s) : PEIRL:  oui  non / JQPA : .....  
 ACCRE :  oui  non  
 Nombre d'intercalaire(s) : P0' .... / NDI .....

### SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément