



N° 15253*02

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n°
reçue le
transmise le1 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, 5 B, 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 A L'INSAISSABILITÉ 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'

3 AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

☐ Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

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 9

7B ☐ 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

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement

Autre(s) activité (s)

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

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :

ENSEIGNE

11 EFFECTIF SALARIÉ : ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_| dont : |_|_| apprentis |_|_| VRPVous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

12 ORIGINE DU FONDS

☐ Création passer directement au cadre suivant☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat☐ Achat, Partage, Licitacion☐ 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

Loueur 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 mandat |_|_|_|_|_|_|_|

Greffé d'immatriculation

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

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

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

VOTRE N° DE SÉCURITÉ SOCIALE ____/____/____

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ : périodicité du versement des cotisations ☐ mensuelle ☐ trimestrielle

ASSURANCE MALADIE : Régime antérieur à la déclaration : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre.....

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés (sauf activité relevant du régime agricole) N° ____

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : Dépt. ____ Commune Date de cessation ____/____/____

Resterez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : Titre de séjour N° ____/____/____ délivré à expirant le ____/____/____

CONJOINT : Votre conjoint marié ou pacsé est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ oui ☐ non

Pour le conjoint marié ou pacsé qui a choisi le statut de collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale: ____/____/____

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 ressortissants hors Union Européenne de plus de 18 ans		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

VOUS RELEVEZ DU RÉGIME 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 COMPLÉMENTAIRES

17

OBSERVATIONS :

18

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° ---- ☐ Autre :

Tél. Tél.

Code postal ____ Commune

Télécopie / courriel

19

☐ 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.

20

☐ **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 :

ACCRES : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément



N° 15253*02

PERSONNE PHYSIQUE

Déclaration n°
reçue le
transmise le1 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 A L'INSAISSABILITÉ 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

Remplir cadre 8

☐ Etablissement où vous exercez votre activité
☐ Dans une entreprise de domiciliation☐ Votre domicile personnel
passer au cadre 9

7B

☐ 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.....

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ |_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement

Autre(s) activité(s)

12 ORIGINE DU FONDS

☐ Création passer directement au cadre suivant
☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat
☐ Achat, Partage, Licitacion
☐ 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

Loueur 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, 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.....

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :

ENSEIGNE.....

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

☐ CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

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

☐ 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

DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

OPTION FISCALE HORS EIRL

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

OBSERVATIONS :

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° ---- ☐ Autre : Tél. Tél.
..... Code postal ____ Commune Télécopie / courriel

☐ 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.

☐ **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 :
ACCRES : ☐ oui ☐ non
Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément