



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 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'INSAISSISSABILITÉ 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'ACCRE 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

7 B 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, Licitacion
 Autre

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.....

Précédent exploitant : N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nom de naissance / Dénomination.....
Nom d'usagePrénoms.....

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.....

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :.....
ENSEIGNE.....

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Greffe d'immatriculation.....

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

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.....



N° 15253*02

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 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** { 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.....

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

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)

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.....

10 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :
.....
11 ENSEIGNE.....

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du mandat |_|_|_|_|_|_|_|
Greffe 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

OPTION FISCALE HORS EIRL

16

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 :
ACCRE : oui non
Nombre d'intercalaire(s) : P0' / NDI

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément