

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, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20
Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

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

Code postal _____ Commune / Pays _____

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 14) 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 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat _____ Remplir l'intercalaire P0' cadre 5

7 **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

8 ADRESSE DE L'ENTREPRISE Etablissement où vous exercez votre activité

Remplir cadre 9

Dans une entreprise de domiciliation

Votre domicile personnel

passer au cadre 10

8B

Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : _____

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

Code postal _____ Commune _____

DOMICILIAIRE : Numéro unique d'identification _____

Nom du domiciliataire _____

13 ORIGINE DU FONDS Création passer directement au cadre suivant

Location - Gérance Gérance - Mandat

Achat, Partage, Licitations

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 _____

Greffe d'immatriculation _____

10 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 Internet

Commerce de gros Fabrication, production

Bâtiment, travaux publics Autre préciser _____

11 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL : _____

ENSEIGNE _____

12 EFFECTIF SALARIÉ : non oui, nombre : _____ dont : _____ apprentis VRP

Vous embauchez un premier salarié oui non

Achat, Partage, Licitations : 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 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, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 20
Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 17. Ces informations sont à déclarer sur le formulaire F de déclaration d'exploitation en commun

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 (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune / Pays _____

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 14) 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 **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat _____ Remplir l'intercalaire P0' cadre 5

7 **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

8 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** Etablissement où vous exercez votre activité
Remplir cadre 9 Dans une entreprise de domiciliation

Votre domicile personnel
passer au cadre 10

8B Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : _____

9 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit _____
Code postal _____ Commune _____
DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification _____
Nom du domiciliataire _____

13 **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 _____
Greffe d'immatriculation _____

10 **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) _____

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 _____

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL** : _____
ENSEIGNE _____

12

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

14 CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR

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

15 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

16

17

OPTIONS FISCALES HORS EIRL

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 OBSERVATIONS :

19 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre : _____
Code postal [| | | | |] Commune _____ Tél _____ Tél _____
Télécopie / courriel _____

20 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.

21 **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 / NDI : oui non
Nombre d'intercalaire(s) : P0' _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément