

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL)
sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
 – Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 **DÉNOMINATION** _____
Sigle _____ Durée de la personne morale _____
 Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
 Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
 Statut légal particulier _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE**
 Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :
 Statuts types complétés sans modification Statuts différents

CONTRAT D'APPUI : Date de fin de contrat _____
 N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
 Dénomination : _____ Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

4 **ADRESSE DU SIÈGE**
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____
Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
 Nom du domiciliaire _____

5 **ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*
 Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
 Code postal _____ Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____ Permanente Saisonnière / Ambulant
 Activité principale exercée dans l'établissement : _____
 Autre(s) activité(s) : _____
 Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case :

Sa nature :
 Comm. détail Transport Services
 Import export Commerce de gros ou intermédiaire du commerce
 Fabrication, production Profession libérale Location de meublés
 Montage, installation Réparation Bâtiment, travaux publics
 Extraction Autre _____

Son lieu d'exercice :
 Magasin (surface : m²) Bureau, cabinet Sur marché En clientèle
 Usine Atelier Dépôt, entrepôt Sur chantier
 Mine, carrière Autre _____

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ**
ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE Création, *passer au cadre 11* Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, *passer au cadre 11* Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
 Journal d'Annonces Légales : date de parution _____
 Nom du journal : _____
Précédent exploitant : N° unique d'identification _____
 Nom de naissance / Dénomination _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Location-Gérance Gérance-Mandat Autre
 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 _____
 Greffet d'immatriculation _____

11 **EFFECTIF SALARIÉ / ASSIMILÉ** : non oui, nombre : _____ dont : _____ apprentis
 La société embauche un premier salarié oui non

12 **GÉRANCE** : MAJORITAIRE MINORITAIRE / ÉGALITAIRE dans ce cas, une société est associée oui non La gérance est assurée par : UN TIERS NON ASSOCIÉ

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 **GÉRANT** : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénom _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal _____ Commune _____

14 AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique pour chaque personne bénéficiaire

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

16 **B.N.C** Déclaration contrôlée BNC **B.I.C** Réel simplifié Réel normal **I.S** Réel simplifié Réel normal
OPTIONS PARTICULIÈRES : Assujettissement à l'IS Régime des sociétés de personnes

T.V.A : Franchise en base Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
 Réel simplifié Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable
 Mini-réel Réel normal Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an

En cas d'enregistrement préalable des statuts, lieu du service des impôts des entreprises (SIE) _____
 Date d'enregistrement _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 OBSERVATIONS :

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

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB 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 REPRÉSENTANT LÉGAL** Déclaré au cadre N° _____
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
 nom, prénom/dénomination et adresse _____

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL)
sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
 – Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 DÉNOMINATION _____

3 **Signe** _____ Durée de la personne morale _____
 Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
 Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
 Statut légal particulier _____

UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE

Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :

- Statuts types complétés sans modification Statuts différents

CONTRAT D'APPUI :

N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
 Dénomination : _____ Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

4 ADRESSE DU SIÈGE

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Préciser s'il est fixé :

- Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____
 Nom du domiciliaire _____

5 ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe sinon remplir imprimé M2

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

8 NOM COMMERCIAL _____

ENSEIGNE _____

9 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _____ Permanente Saisonnière / Ambulant

Activité principale exercée dans l'établissement : _____

Autre(s) activité(s) : _____

10 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ

ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE Création, *passer au cadre 11* Reprise

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL

- Création, *passer au cadre 11* Achat Apport

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Journal d'Annonces Légales : date de parution _____

Nom du journal : _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

- Location-Gérance Gérance-Mandat Autre

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 _____

Greffet d'immatriculation _____

11

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 GÉRANT : Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile _____

Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile _____

Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____

Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

17 OBSERVATIONS :

18 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° _____ Autre _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax / mèl _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB 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 REPRÉSENTANT LÉGAL Déclaré au cadre N° _____

LE MANDATAIRE *ayant procuration*
 nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____

Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.

SARL, SELARL y compris à associé unique (EURL)
sauf activité agricole

Déclaration n° _____

Reçue le _____

Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIÉTÉ EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE – Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19 ET le cas échéant, N° 3, 6, 7, 8, 14, 15, 17
 – Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 3 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DÉCLARATION RELATIVE À LA SOCIÉTÉ

2 **DÉNOMINATION** _____

Sigle _____ Durée de la personne morale _____
 Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
 Date de clôture de l'exercice social _____ le cas échéant, du 1^{er} exercice _____
 Statut légal particulier _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIÉTÉ CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE**

Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :

- Statuts types complétés sans modification Statuts différents

CONTRAT D'APPUI :

N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui _____
 Dénomination : _____ Siège _____
 Code postal _____ Commune _____

4 **ADRESSE DU SIÈGE**

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Préciser s'il est fixé : Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification _____

Nom du domiciliaire _____

5 **ACTIVITÉ(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO' Sarl

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

7 **ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*

Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____**ENSEIGNE** _____9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** _____ Permanente Saisonnière / Ambulant

Activité principale exercée dans l'établissement : _____

Autre(s) activité(s) : _____

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITÉ****ORIGINE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE** Création, *passer au cadre 11* Reprise**Précédent exploitant** : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL Création, *passer au cadre 11* Achat Apport**Achat, Apport** (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Journal d'Annonces Légales : date de parution _____

Nom du journal : _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification _____

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

 Location-Gérance Gérance-Mandat Autre

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 _____

Greffet d'immatriculation _____

11 _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX GÉRANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) MO' Sarl

À compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 **GÉRANT** : Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile _____

Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile _____

Code postal _____ Commune _____

POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un d'un statut :

- SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le _____ à _____ Nationalité _____

Domicile (si différent du gérant) _____

Code postal _____ Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GÉRANT

Suite sur intercalaire Mo' Sarl

15 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____

Prénoms _____ Né(e) le _____ Dépt. _____ Commune/Pays _____ Nationalité _____

Domicile _____ Code postal _____ Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

17 **OBSERVATIONS :**18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° _____ Autre _____

Code postal _____ Commune _____

Tél _____ Tél _____

Fax / mèl _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RM, le cas échéant, au REB 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 REPRÉSENTANT LÉGAL** Déclaré au cadre N° _____

LE MANDATAIRE *ayant procuration*
 nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____

Le _____

Nombre d'intercalaire(s) MO' Sarl : _____ de volet(s) TNS : _____

Nombre d'imprimé(s) ACCRE : _____

SIGNATURE*Signer chaque feuillet séparément.*

**CONSTITUTION D'UNE SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ LIMITÉE SARL, SELARL
(y compris à associé unique) sauf pour celle dont l'activité est agricole)**

Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés qui ont un caractère obligatoire. Vous éviterez ainsi les relances des organismes destinataires.

QUELQUES DÉFINITIONS ET CONSIGNES DE REMPLISSAGE

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE MORALE

- 2** **DÉNOMINATION** : Nom de la société. La dénomination doit être indiquée telle que figurant dans les statuts.
SIGLE : Initiales ou premières lettres des mots composant la dénomination.
- 3** **DÉPÔT DES STATUTS** : Le modèle de statuts type à compléter est disponible dans les CFE. Si vous souhaitez l'utiliser, il vous sera délivré gratuitement.
- 4** **ADRESSE DU SIÈGE** : Lorsque le siège est installé au domicile du gérant, si des dispositions législatives ou stipulations contractuelles (bail, règlement de copropriété...) sont contraires à la domiciliation du siège au domicile du gérant, l'indiquer en cochant domiciliation provisoire. La domiciliation provisoire ne peut excéder le terme du bail et au plus 5 ans.
- 5** **PRINCIPALE(S) ACTIVITÉ(S) DE L'ENTREPRISE** : Ne pas recopier l'objet social. Indiquer **exclusivement** les principales activités parmi celles énumérées dans l'objet social. Ce cadre doit être également renseigné lorsque la société est constituée sans début d'activité.

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 9** **ACTIVITÉ** : Indiquez l'activité exercée que vous considérez comme la plus importante, elle déterminera votre code APE (activité principale exercée) attribué par l'INSEE. Précisez si d'autres activités sont exercées dans l'établissement.
ACTIVITÉS ARTISANALES : Pour l'une des activités énumérées ci-dessous, exercée à titre principal ou secondaire, une attestation de la qualification professionnelle, au titre de cette activité artisanale, doit être remplie à l'aide de l'intercalaire AQPA prévu à cet effet.
Activités soumises à l'obligation d'une qualification professionnelle* :
– l'entretien et la réparation des véhicules et des machines : réparateur d'automobiles, carrossier, réparateur de cycles et motocycles, réparateur de matériels agricoles, forestiers et de travaux publics ;
– la construction, l'entretien et la réparation des bâtiments : métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment ;
– la mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux et des équipements utilisant les fluides, ainsi que des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques : plombier, chauffagiste, électricien, climaticien et installateur de réseaux d'eau, de gaz ou d'électricité ;
– le ramonage : ramoneur ;
– les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux et modelages esthétiques de confort sans finalité médicale : esthéticien ;
– la réalisation de prothèses dentaires : prothésiste dentaire ;
– la préparation ou la fabrication de produits frais de boulangerie, pâtisserie, boucherie, charcuterie et poissonnerie, ainsi que la préparation ou la fabrication de glaces alimentaires artisanales : boulanger, pâtissier, boucher, charcutier, poissonnier et glacier ;
– l'activité de maréchal-ferrant : maréchal-ferrant ;
– la coiffure : coiffeur.
Ces activités doivent être placées sous le contrôle effectif et permanent d'une personne titulaire d'un CAP ou d'un diplôme ou titre au moins équivalent. Pour superviser l'activité d'un salon de coiffure, le BP ou un diplôme ou titre d'un niveau au moins équivalent est requis. À défaut de diplôme, une expérience professionnelle de trois années effectives permet – sauf dispositions particulières pour la coiffure – de justifier de la qualification requise.
* « Les personnes qui exercent ou font exercer l'une de ces activités sans disposer de la qualification professionnelle requise ou sans faire contrôler cette activité, de manière effective et permanente, par une personne qualifiée sont passibles des sanctions prévues à l'article 24 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat et à l'article 5 de la loi n° 46-1173 du 23 mai 1946 portant réglementation des conditions d'accès à la profession de coiffeur. »
Pour plus d'informations, (notamment si la qualification a été obtenue en dehors du territoire français), **vous pouvez consulter les sites : www.artisanat.fr ou www.apce.com**

- 11** **EFFECTIF SALARIÉ / ASSIMILÉ** :
Cochez la case « oui » **uniquement** si la société emploie du personnel salarié relevant du régime général. Le gérant qui relève du régime social des indépendants (RSI) n'est pas pris en compte dans l'effectif salarié. Le gérant minoritaire ou égalitaire rémunéré est à prendre en compte dans l'effectif salarié.
Dans la rubrique « la société embauche un premier salarié », cochez la case « oui » **s'il s'agit uniquement d'une première embauche**. Dans ce cas, vous devez avoir effectué une Déclaration Unique d'Embauche (site : www.due.urssaf.fr).

DÉCLARATION RELATIVE À LA GÉRANCE ET AU(X) GÉRANT(S)

- 12** **GÉRANCE** : La nature de la gérance est liée à la notion de contrôle de l'entreprise.
Pour apprécier le caractère majoritaire ou non de la gérance, il faut additionner les parts détenues personnellement par le gérant, celles détenues par son conjoint et ses enfants mineurs non émancipés.
Dans le cas d'un collège de gérance, s'additionnent les parts détenues par les autres gérants, leur conjoint et leurs enfants.
La gérance est majoritaire lorsque la totalité des parts ainsi détenues représente plus de 50 % du capital.
La gérance est réputée minoritaire si les parts détenues représentent moins de 50 % du capital.
- 13** **STATUT DU CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ DU GÉRANT** (sont exclus les concubins)
Lorsque le conjoint marié ou pacsé du gérant travaille régulièrement dans l'entreprise, il a l'obligation de choisir un statut.
La conjoint marié ou pacsé du gérant doit opter pour l'un des statuts suivants :
• salarié,
• associé,
• collaborateur.
Ce choix détermine les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint marié ou pacsé.
RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE DU CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ CORRESPONDANT À CHAQUE STATUT
CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ SALARIÉ : lorsque le conjoint perçoit un salaire au titre de son activité pour la société, c'est le statut de conjoint salarié qui doit être obligatoirement déclaré, même si le conjoint est également associé. Une DUE a dû être transmise au préalable et le conjoint sera affilié au régime général de la sécurité sociale.
CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ ASSOCIÉ : le conjoint associé s'il n'est pas salarié :
– devra être affilié au régime social des travailleurs indépendants (RSI), lorsque le gérant est majoritaire. En l'absence de revenus, il devra cotiser sur la base des assiettes minimales.
– n'est affilié à aucun régime social obligatoire et demeure l'ayant-droit de son époux lorsque le gérant est minoritaire ou égalitaire.
CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR : le statut de conjoint collaborateur s'adresse au conjoint non associé et non rémunéré du gérant majoritaire ou associé unique d'une SARL dont l'effectif n'excède pas 20 salariés. Il est affilié aux régimes de retraite et d'invalidité-décès dont relève le gérant.
INTERCALAIRE TNS (volet social) : remplir obligatoirement ce formulaire pour :
• le gérant majoritaire ou chaque gérant d'un collège majoritaire.
• l'associé unique (seulement s'il travaille dans la société).
• l'associé majoritaire exerçant une activité rémunérée dans la société.
INTERCALAIRE MO' : indiquer la suite des dirigeants.

- 14** **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)**
La demande d'ACCRES peut être déposée dans les 45 jours qui suivent la déclaration de création de la société.

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE

- 15** Déclarer toute personne qui engage par sa signature à titre habituel la responsabilité de la société, y compris le titulaire de la capacité professionnelle, qui assure la direction effective et permanente de l'entreprise ou d'un établissement.

OPTION(S) FISCALE(S)

- 16** Pour vous aider à compléter ce cadre, vous pouvez consulter sur le site impots.gouv.fr
• **Le livret fiscal du créateur d'entreprise** (rubrique professionnels > vos préoccupations > création d'activité).
• **Le guide pratique n° 974 (BIC-BNC)** (rubrique recherche > recherche formulaires puis « 974 » dans le champ Numéro d'imprimé).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- 17** **OBSERVATIONS** : Ce cadre permet de préciser une situation particulière. Si vous avez d'autres observations à faire, utilisez l'imprimé MO' (Sarl-Selarl) cadre 5.
18 Indiquez les coordonnées postale, téléphonique, électronique où vous souhaitez être joint.

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **DÉNOMINATION** _____ **Forme juridique** _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS

À compléter par le volet TNS pour ceux relevant du régime des travailleurs non salariés ou par le volet social NSm agricole

Suite MO cadre 13

2 **GÉRANT** : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (*En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant*)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE DIRIGEANT

Suite MO cadre 15

3 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré oui non
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
Prénom _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

FUSION – SCISSION

Suite MO cadre 6

4 Personnes morales ayant participé à l'opération : dénomination, forme juridique, siège, n° unique d'identification et greffe d'immatriculation.

SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° _____ de l'imprimé MO Sarl

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **DÉNOMINATION** _____ **Forme juridique** _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS

À compléter par le volet TNS pour ceux relevant du régime des travailleurs non salariés ou par le volet social NSm agricole

Suite MO cadre 13

2 **GÉRANT** : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE DIRIGEANT

Suite MO cadre 15

3 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré oui non
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
Prénom _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

FUSION – SCISSION

Suite MO cadre 6

4 Personnes morales ayant participé à l'opération : dénomination, forme juridique, siège, n° unique d'identification et greffe d'immatriculation.

SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° _____ de l'imprimé MO Sarl

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 **DÉNOMINATION** _____ **Forme juridique** _____

DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS

À compléter par le volet TNS pour ceux relevant du régime des travailleurs non salariés ou par le volet social NSm agricole

Suite MO cadre 13

2 **GÉRANT** : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

GÉRANT : Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénom _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

POUR LE CONJOINT lorsqu'il travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un des statuts suivants :
 SALARIÉ
 ASSOCIÉ (En cas de gérance majoritaire, compléter l'imprimé TNS du dirigeant)
 COLLABORATEUR **uniquement si gérant associé majoritaire ou gérant associé unique**

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ : COLLABORATEUR ASSOCIÉ
Nom de naissance _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile (si différent du gérant) _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE DIRIGEANT

Suite MO cadre 15

3 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré oui non
Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
Prénom _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Nationalité _____
Domicile _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

FUSION – SCISSION

Suite MO cadre 6

4 Personnes morales ayant participé à l'opération : dénomination, forme juridique, siège, n° unique d'identification et greffe d'immatriculation.

SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° _____ de l'imprimé MO Sarl

