

**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, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 Selon votre situation les cadres N°3, 4, 5, 5bis, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18  
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**: 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 19

**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 D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**  
 Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de .....

**5 B** **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

**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

**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 A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ**

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

**8 B**  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.....

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

**10** **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
**Activité** :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant ou Forain)  
Activités exercées .....  
**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.....

**3** **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.....

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

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

**12** **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.....

## 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

## OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### 18 OBSERVATIONS :

19 **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n°----  Autre : ..... Tél.....Tél.....  
 ..... Code postal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commune..... Télécopie / courriel .....

**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 .....  
 Formulaires : PEIRL:  oui  non / AQPA :  oui  non  
 Nombre d'intercalaire(s) : PO' .... / NDI ..

### SIGNATURE

**Signer chaque feuillet séparément**

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

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**: 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 19

**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 D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**  
 Déclaration publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de .....

**5 B** **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**  
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 A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ**

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

**8 B**  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.....

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

**10** **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
**Activité** :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant ou Forain)  
Activités exercées .....

**3** **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.....

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

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

**12**

**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

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

**VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** \_\_\_\_\_

**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 EUROPEENNE :** Titre de séjour N° \_\_\_\_\_ délivré à ..... expirant le \_\_\_\_\_

**CONJOINT :** Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie  oui  non

Pour le conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) 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

### OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

**B.I.C**  Micro  
 Réel simplifié  
 Réel normal

Date de clôture de l'exercice comptable (jour, mois) \_\_\_\_\_

**T.V.A :**  Franchise en base  
 Réel simplifié  
 Mini-réel     Réel normal

Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.  
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000€ / an

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18

**OBSERVATIONS :**

19

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

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

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 .....  
Formulaires : PEIRL:  oui  non / AQPA :  oui  non  
ACCRES :  oui  non  
Nombre d'intercalaire(s) : P0' .... / NDI ..

**SIGNATURE**

**Signer chaque feuillet séparément**