

**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 DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 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.

**DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE**

**2A**  **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

**2B**  **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL CM**

**DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE**

**3** **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 \_\_\_\_\_  
Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

**5** **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 \_\_\_\_\_

**4** Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise  oui  non  
Si oui, choix d'un statut :  collaborateur  salarié (remplir obligatoirement le cadre 13)

**6**  **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

**DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE**

**7A** **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'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_  
**DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification** \_\_\_\_\_  
Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_

**11** **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 \_\_\_\_\_

**9** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** \_\_\_\_\_  
**Activité :**  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant)  
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement \_\_\_\_\_  
Activité principale \_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_

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

**10** **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** \_\_\_\_\_  
**ENSEIGNE :** \_\_\_\_\_

**Achat, Partage, Licitacion :** Support habilité d'annonces légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)  
Date de parution \_\_\_\_\_ Nom du support \_\_\_\_\_

12 **EFFECTIF SALARIE** :  non  oui, nombre :  dont :  apprentis  VRP Vous embauchez un premier salarié  oui  non

## DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

13 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR / OU CONJOINT MARIE OU PACSE SALARIE**

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

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15 **VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE**

**POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE** : Titre de séjour N°  délivré à  expirant le

**Exercice simultané d'une autre activité** :  oui  non

**Si oui, serez-vous simultanément** :  Salarié  Salarié agricole  Retraité / Pensionné  Autre (préciser)

**VOUS ETES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE** : périodicité du versement des cotisations  mensuelle  trimestrielle

**CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR** : Votre conjoint marié ou pacsé (ou concubin s'il relève du régime agricole) est-il couvert par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite/pension d'invalidité) ou d'études  oui  non

Indiquer son n° de sécurité sociale :

## OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16 **VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (micro-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 CM micro-entrepreneur).

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS** :

18 **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n°   Autre :   
 Code postal  Commune   
Tél  Tél   
Télécopie / courriel

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices)

Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers (cf. notice).

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, 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 3

**LE MANDATAIRE** ayant procuration

Nom, prénom / dénomination et adresse

Code postal  Commune

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à  Le

Intercalaire(s) : PEIRL CM :  oui  non /  
JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale) :

NDI :  oui  non P0'

**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 DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 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.

**DECLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE**

**2A**  **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)**

**2B**  **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) remplir l'intercalaire PEIRL CM**

**DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE**

**3** **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 \_\_\_\_\_  
Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

**5** **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE 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 \_\_\_\_\_

**4** Avez-vous un conjoint marié ou pacsé exerçant une activité régulière dans l'entreprise  oui  non  
Si oui, choix d'un statut :  collaborateur  salarié (remplir obligatoirement le cadre 13)

**6**  **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.** Indiquer cet ou ces établissement(s) sur l'intercalaire P0'

**DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE**

**7A** **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'ETABLISSEMENT** rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_  
**DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification** \_\_\_\_\_  
Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_

**11** **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

**9** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** \_\_\_\_\_  
**Activité :**  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant)  
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement \_\_\_\_\_  
Activité principale \_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**10** **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** \_\_\_\_\_  
**ENSEIGNE :** \_\_\_\_\_

**Achat, Partage, Licitacion :** Support habilité d'annonces légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)  
Date de parution \_\_\_\_\_ Nom du support \_\_\_\_\_

12 **EFFECTIF SALARIE** :  non  oui, nombre :  dont :  apprentis  VRP Vous embauchez un premier salarié  oui  non

### DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION

13 **CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR / OU CONJOINT MARIE OU PACSE SALARIE**  
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 \_\_\_\_\_

### DECLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

### OPTIONS FISCALES HORS EIRL

16

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS** : \_\_\_\_\_

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

19 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices)  
 Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers (cf. notice).

**Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, 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 <input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> <i>Désigné au cadre 3</i> <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>ayant procuration</i> <b>Nom, prénom / dénomination et adresse</b> _____ Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à _____ Le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Intercalaire(s) : PEIRL CM : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale) : <input type="text"/> NDI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non P0' <input type="text"/>	<b>SIGNATURE</b>  <b>Signer chaque feuillet séparément</b>
--	---	--