P0 CM commerce métiers
Micro-entrepreneur

cerfa 15253*06

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

Imprimer | Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT
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 _____

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)***

5 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE 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 _____

6 ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** 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 _____

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* _____

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

11 **ORIGINE DU FONDS**
☐ Création *passer directement au cadre suivant*
☐ Location – Gérance ☐ Gérance – Mandat
☐ Achat, Partage, Licitation
☐ 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 _____
Achat, Partage, Licitation : 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 (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 : ____

NDI : ☐ oui ☐ non P0' ____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

P0 CM commerce métiers
Micro-entrepreneur

cerfa 15253*06

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE COMMERCIALE ET / OU ARTISANALE

Imprimer | Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT
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 _____

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)***

5 **DECLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITE 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 _____

6 ☐ **AUTRE(S) ETABLISSEMENT(S) SITUE(S) DANS UN AUTRE ETAT DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE.** 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 _____

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* _____

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

11 **ORIGINE DU FONDS**
☐ Création *passer directement au cadre suivant*
☐ Location – Gérance ☐ Gérance – Mandat
☐ Achat, Partage, Licitation
☐ 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 _____
Achat, Partage, Licitation : 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

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 ☐ **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 : |_|_|

NDI : ☐ oui ☐ non P0' |_|_|

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément