

**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, 8A, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres : n° 2A, 2B, 4, 5, 6, 7, 8B, 9, 11, 14, 15, 18, 20** Pour une exploitation en commun ne pas remplir les cadres 12 et 18. 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 14*

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

**6**  **CONTRAT D'APPUI** Date de fin du contrat [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] *Remplir l'intercalaire P0' cadre 4*

**7**  **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**

**8A** **ADRESSE DE L'ENTREPRISE**  Etablissement où vous exercez votre activité  Votre domicile personnel  
*Remplir cadre 9*  Dans une entreprise de domiciliation *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'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 \_\_\_\_\_

**12** **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 mandat [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Greffé d'immatriculation \_\_\_\_\_

**10** **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* \_\_\_\_\_

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

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

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

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

14 **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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

16 **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) \_\_\_\_\_  
**Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux**  Oui  Non  
 Vous êtes marin professionnel  
**CONJOINT 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

17 **Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :**  
 Micro-fiscal (uniquement pour les personnes relevant de la MSA ou de l'ENIM)  
 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 4 000 € / an

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

18 **OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

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

20 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 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 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**



13

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

## 14 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

16

## OPTIONS FISCALES HORS EIRL

17

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

18 OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_

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

20 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 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 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 PO' [ ] [ ]

SIGNATURE