P0 CMB

Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 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

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 *(pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

3 **AIDE AUX CHOMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

4 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *(remplir cadre 14)* ☐ Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ 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 _____

5B **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*

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 À 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

☐ Votre domicile personnel

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'ÉTABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Autre(s) activité(s) _____

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* _____

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____

ENSEIGNE _____

12 **EFFECTIF SALARIÉ** : ☐ non ☐ oui, nombre : |_|_| dont : |_|_| apprentis |_|_| VRP

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

13 **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 : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

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** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPÉENNE : 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*) _____

ASSURANCE MALADIE : organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés choisi (sauf activité relevant du régime agricole) _____ N° |_|_|_|

Si vous êtes pharmacien, êtes-vous affilié au régime des praticiens auxiliaires médicaux ☐ Oui ☐ Non

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

MINEUR(S) DEVANT 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 oui	Enfant scolarisé non	Nationalité
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

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 4000 € / an

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 **OBSERVATIONS :**

19 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ___ ☐ Autre : _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

20 ☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (*cf. notice*).

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.

21 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA : _____

ACCRE : ☐ oui ☐ non / NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

P0 CMB
Sauf micro-entrepreneur

cerfa 11676*08

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE CREATION D'UNE ENTREPRISE

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 DÉCLARATION, REPORTEZ-VOUS À LA NOTICE

Remplir dans tous les cas les cadres N° 1, 2, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 5, 5 B, 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

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 *(pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays _____

3

4 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur *(remplir cadre 14)* ☐ Conjoint ou pacsé salarié

5 **DÉCLARATION RELATIVE A L'INSAISISSABILITÉ 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 _____

5B **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*

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 À 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
☐ Votre domicile personnel *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'ÉTABLISSEMENT** *rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit* _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

DOMICILIATAIRE : Numéro unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du domiciliataire _____

10 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement _____

Autre(s) activité(s) _____

11 **NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :** _____

ENSEIGNE _____

12

13 **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 : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du journal _____

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

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 : _____

_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Tél _____ Tél _____

Télécopie / courriel _____

20 ☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (*cf. notice*).

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.

21 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____ Le _____

Intercalaire(s) : PEIRL : ☐ oui ☐ non / JQPA : _____

ACCRE : ☐ oui ☐ non / NDI : ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) : P0' _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

P0 CMB

Sauf micro-entrepreneur

cerfa 50782#08

NOTICE – DÉCLARATION DE CRÉATION D'UNE ENTREPRISE

COMMERCE METIERS BATELLERIE

PERSONNE PHYSIQUE

Imprimer

Pour l'immatriculation d'un micro-entrepreneur, prendre un imprimé P0CMB micro-entrepreneur

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

QUELQUES DEFINITIONS ET CONSIGNES DE REMPLISSAGE

1 **EN CAS DE REPRISE D'ACTIVITE** : Rappel du numéro unique d'identification (n°SIREN) antérieurement attribué par l'INSEE.

DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE

2 **NOM DE NAISSANCE** : Nom figurant sur les actes d'état civil et papiers d'identité (appelé aussi nom patronymique, nom de famille).
NOM D'USAGE : Il doit être indiqué uniquement s'il est différent du nom de naissance et effectivement utilisé. Il peut être soit les noms accolés des deux parents, soit pour les personnes mariées, le nom de naissance suivi ou précédé du nom du conjoint ou le seul nom de l'autre époux.
PAYS : À mentionner si le lieu de naissance, le domicile est à l'étranger.
Le mineur émancipé peut être commerçant sur autorisation du juge des tutelles lors de la décision d'émancipation et par le président du TGI si la demande intervient après l'émancipation.
Pour les personnes sans domicile stable, l'adresse est celle du centre communal ou intercommunal d'action sociale ou de l'organisme agréé à cet effet auprès duquel elles ont élu domicile en application de l'article L. 264-1 du code de l'action sociale et des familles.
BATELLERIE ARTISANALE : Lorsque le batelier n'a qu'une seule adresse, celle du domicile correspond à l'adresse de l'entreprise. S'il a deux adresses, celle du domicile est également celle de correspondance.

3 **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE** (ACCRE) : La demande d'ACCRE peut être déposée dans les 45 jours qui suivent la déclaration.

4 **POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS D'UN CHEF D'ENTREPRISE COMMERCIALE OU ARTISANALE** (sont exclus les concubins) :
Le choix d'un statut pour le conjoint marié ou le pacsé qui exerce de manière régulière une activité professionnelle dans l'entreprise est obligatoire. Ce choix détermine les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint marié ou du pacsé.
Conjoint marié ou pacsé collaborateur : Epoux(se) ou pacsé qui collabore régulièrement à l'activité de l'entreprise sans être rémunéré à ce titre.

5 **INSAISISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S)** : La résidence principale est insaisissable de droit, sauf renonciation de votre part. Pour protéger les autres biens fonciers, à l'exclusion des locaux à usage professionnel, une déclaration d'insaisissabilité est nécessaire.

5B **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)**

DECLARATION D'AFFECTATION DE PATRIMOINE : La **déclaration d'affectation** est à déposer au registre du commerce et des sociétés si vous exercez une activité commerciale, au répertoire des métiers si vous exercez une activité artisanale ou bien au registre de votre choix en cas de double immatriculation. Pour la batellerie, la déclaration doit être déposée au greffe du tribunal statuant en matière commerciale du lieu de votre domicile. En cas de reprise de patrimoine affecté par voie de succession, cession à titre onéreux ou transmission à titre gratuit, vous devez indiquer le numéro d'immatriculation au registre et la dénomination du précédent EIRL.

Vous devez porter sur tous vos actes et documents votre **dénomination** (qui peut être différente du nom commercial), incorporant votre nom ou nom d'usage utilisé pour l'exercice de l'activité, précédé ou suivi immédiatement des mots : « Entrepreneur individuel à responsabilité limitée » ou des initiales « EIRL ».
Vous êtes tenu à l'obligation de **dépôt de votre bilan annuel**. Il est donc nécessaire de préciser la date de clôture de l'exercice comptable.

Options fiscales de l'EIRL : Les options fiscales de l'EIRL sont obligatoirement effectuées dans le cadre 7 de l'intercalaire PEIRL. Si la création de votre EIRL ne concerne qu'une partie de vos activités, vous devez indiquer dans l'intercalaire PEIRL vos options fiscales pour l'EIRL (cadre 7) mais vous devez aussi renseigner la rubrique « options fiscales » du formulaire P0 pour la ou les activités situées en dehors de l'EIRL, y compris si vous choisissez les mêmes options.
L'activité professionnelle exercée par l'EIRL relève en principe de l'impôt sur le revenu (IR), cependant vous pouvez opter pour le régime fiscal des sociétés de capitaux (impôt sur les sociétés ou IS). L'option pour l'impôt sur les sociétés vous engage à opter pour un régime réel de TVA. Indiquez votre choix entre le réel normal et le réel simplifié, tant pour la TVA que pour l'impôt sur les sociétés.

Un mineur âgé de 16 ans révolus peut être autorisé, par ses deux parents qui exercent en commun l'autorité parentale ou par son administrateur légal sous contrôle judiciaire avec l'autorisation du juge des tutelles, à accomplir seul les actes d'administration nécessaires pour les besoins de la création et de la gestion d'une EIRL.

7 **AUTRES ETABLISSEMENTS SITUES DANS UN ÉTAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU DE L'EEE :** Les informations doivent être portées sur l'intercalaire P0' cadre 3.
Pour les établissements situés dans un autre pays membre de l'Union Européenne ou de l'EEE, indiquer les lieux et N° d'immatriculation du registre public à l'étranger.
Pour une activité artisanale, indiquer l'adresse des établissements situés dans l'Union Européenne ou l'EEE.

DÉCLARATION RELATIVE A L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

8 **ADRESSE DE L'ENTREPRISE** : Elle est située dans l'établissement où s'exerce effectivement l'activité, à défaut au domicile personnel (local d'habitation) ou dans une entreprise de domiciliation.
Pour les ambulants ressortissants de l'Union Européenne ou de l'EEE, indiquer le code postal et la commune du marché principal.

10 **ACTIVITE :** Indiquez les activités exercées dans l'établissement. Précisez celle que vous considérez comme la plus importante. Elle déterminera votre code APE (activité principale exercée) attribué par l'INSEE.
ACTIVITES ARTISANALES : Si vous exercez l'une des activités artisanales énumérées ci-dessous, à titre principal ou secondaire, vous devez indiquer, lors de votre déclaration de création d'entreprise, l'identité et la qualité au sein de l'entreprise de la personne exerçant le contrôle effectif et permanent de l'activité. A défaut vous devez vous engager à recruter un salarié qualifié professionnellement pour assurer ce contrôle.
Remplir la justification de qualification professionnelle prévue à cet effet sur l'intercalaire JQPA *(utiliser un intercalaire par personne dont la ou les qualifications doivent être déclarées)*. **En cas de changement de situation affectant le respect des obligations de l'entreprise en matière de qualification professionnelle, notamment en cas de départ de la personne qualifiée dont l'identité a été indiquée,** vous devez transmettre dans un délai de trois mois à la chambre de métiers et de l'artisanat l'identité et la qualité au sein de l'entreprise de la personne exerçant le contrôle effectif et permanent de l'activité depuis ce changement de situation.

10 **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. A défaut de diplôme ou de titre, une expérience professionnelle de trois années effectives permet de justifier de la qualification requise. Pour superviser l'activité d'un salon de coiffure, le BP ou un diplôme ou titre d'un niveau au moins équivalent est requis. Pour l'activité de coiffure à domicile, un CAP ou un diplôme ou titre d'un niveau au moins équivalent est requis.

** « 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. »*

En cas d'engagement à recruter un salarié qualifié, une copie du contrat de travail et des pièces justifiant de la qualification du salarié doit être transmise à la chambre de métiers et de l'artisanat dans les 3 mois à compter de l'immatriculation. A défaut, vous serez radié d'office du répertoire.

Pour plus d'informations (notamment si vous avez obtenu votre qualification en dehors du territoire français), **vous pouvez consulter les sites** ***: www.artisanat.fr ou www.afecreation.fr***

11 **NOM COMMERCIAL** : Nom sous lequel est exercé le commerce. **NOM PROFESSIONNEL** : Nom sous lequel est exercée l'activité artisanale. **ENSEIGNE** : Appellation désignant le local commercial.

12 **EFFECTIF SALARIE :** Cochez la case « oui » **uniquement si** vous employez du personnel salarié relevant du régime général. Le chef d'entreprise n'est pas pris en compte dans l'effectif salarié.
Dans la rubrique « vous embauchez 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 Préalable à l'Embauche (DPAE) **Site** ***: www.urssaf.fr***

DÉCLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIÉES À L'EXPLOITATION

15 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT**
Personne qui engage par sa signature à titre habituel la responsabilité du déclarant (appelé communément « fondé de pouvoir »). Il s'agit aussi du titulaire de la capacité professionnelle qui assure la direction effective et permanente de l'établissement ; **si celui-ci** est le conjoint collaborateur, ne pas répéter son identité déjà déclarée au cadre 14.
Propriétaire indivis : Il s'agit de toutes les personnes partageant avec le déclarant la propriété des éléments d'exploitation du fonds.
Indiquez l'identité du copropriétaire et en cas de pluralité de propriétaires indivis, remplir l'intercalaire P0'.

DÉCLARATION SOCIALE

16 **VOTRE NUMERO DE SECURITE SOCIALE** : Indiquez dans ce cadre le numéro qui vous a été attribué (voir votre carte VITALE).
CUMUL DE SITUATIONS : Indiquez si, simultanément à votre activité non salariée, vous exercez une activité salariée / salariée agricole / une activité autre à préciser (ex. : étudiant, artiste - auteur, intermittent du spectacle, fonctionnaire, naviguant professionnel ...) ou encore si vous êtes titulaires d'une retraite ou d'une pension d'invalidité.
ASSURANCE MALADIE : Indiquez l'organisme conventionné, compagnie d'assurances ou mutuelle que vous choisissez sauf si votre activité relève du régime agricole.
CONJOINT COLLABORATEUR : Si votre conjoint collaborateur n'est pas pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une autre activité professionnelle, du versement d'une pension (retraite/invalidité) ou d'études, il sera pris en charge par votre régime d'assurance maladie.
Conjoint inactif : Si votre conjoint est sans activité professionnelle (ni conjoint collaborateur), il a la possibilité de demander à être rattaché à votre régime d'assurance maladie pour bénéficier de la prise en charge de ses frais de soins via un formulaire de droit d'option disponible sur le site internet de votre régime d'assurance maladie.

OPTIONS FISCALES

17 Pour vous aider à compléter ce cadre, vous pouvez consulter sur le site **www.impots.gouv.fr**
- **Le livret fiscal du créateur d'entreprise** (Accueil > Professionnel > Créer mon entreprise > J'accomplis les formalités de création > Documentation utile > Livret du créateur d'entreprise) ;
- **Le guide pratique N° 974 (BIC-BNC)** (Accueil > Tapez « 974 » dans le moteur de recherche puis rubrique Formulaires cliquez sur « notice 974 » ou « formulaire 974 »).

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

18 **OBSERVATIONS :** Permet de préciser une situation particulière.

19 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE** : indiquez les coordonnées postale, téléphonique, électronique où vous souhaitez être joint. Pour la batellerie artisanale : l'adresse de correspondance est celle du lieu où vous recevez vos charges sociales.

20 **En cochant cette case** et conformément à l'article A. 123-96 du code de commerce, **les informations enregistrées dans le répertoire Sirene** (notamment le numéro d'identité : numéro SIREN, les nom, nom d'usage, prénoms, adresse légale et pour chaque établissement : les dénomination usuelle, adresse, code APE et date de création) **ne pourront pas être consultées sur le site de l'Insee** (rubrique avis de situation) **ni utilisées par des tiers** autres que les administrations ou organismes habilités, à des fins de prospection notamment commerciale.

SUITE DE L'IMPRIMÉ P0 CMB

21 **Imprimé P0'** - Cadre 5 : Cette rubrique permet de compléter un ou plusieurs cadres de l'imprimé P0cmb. Précisez le N° du cadre que vous voulez compléter.