

DECLARATION D'IMMATRICULATION

au titre d'une activité relevant d'un nouveau secteur professionnel

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKTLNW

 Déclaration n° _____
 reçue le _____ transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres 1,2,3,4,5,8,9,12,16,18,19, selon votre situation les cadres 6,7,9bis,10,11,13,14,15,15bis,17

RAPPEL D'IDENTIFICATION

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | N° unique d'identification <input type="text"/> | 4 | Votre activité relève du secteur : |
| 2 | Désignation du centre des Impôts où ont été déposées les dernières déclarations de résultats et de TVA _____ | | <input type="checkbox"/> Commercial, RCS du greffe de _____ |
| 3 | N° de sécurité sociale : <input type="text"/> Caisse d'assurance maladie <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Agricole Dept <input type="text"/> Nom de votre caisse de retraite _____ | | <input type="checkbox"/> Artisanal, RM dans le département de <input type="text"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Batellerie artisanale <input type="checkbox"/> Libéral et assimilé <input type="checkbox"/> Agent commercial, RSAC du greffe de _____ <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____ |

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

| | | | |
|---|--|---|--|
| 5 | NOM DE NAISSANCE _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Pseudonyme _____ Nationalité _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le <input type="text"/> Dépt. <input type="text"/> Commune/Pays _____ Domicile : rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Code Postal <input type="text"/> Commune/Pays _____ | 6 | CONJOINT COLLABORATEUR <input type="checkbox"/> Le conjoint demande cette mention et déclare répondre aux conditions de ce statut Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Né(e) le <input type="text"/> Dépt. <input type="text"/> Commune / Pays _____ Nationalité _____ |
| | | 7 | Nom commercial - Nom de l'exploitation _____ |

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT

| | | | |
|-------|---|----|--|
| 8 | NOUVELLE ACTIVITE : _____ Si celle-ci est agricole : exercez-vous en plus une activité <input type="checkbox"/> Viticole <input type="checkbox"/> d'élevage Date de début de l'activité : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Ambulante Devient-elle l'activité principale de l'entreprise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ouverture d'un nouvel établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 12 | ORIGINE : <input type="checkbox"/> Création , passer directement au cadre 13. Pour les autres cas : Achat, Partage, Licitacion, Location-gérance : Précédent exploitant ou prédécesseur : N° unique d'identification <input type="text"/> Nom de naissance / Dénomination _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL : <input type="checkbox"/> Achat, Partage, Licitacion : Journal d'Annonces Légales, date de parution <input type="text"/> Nom du journal : _____ <input type="checkbox"/> Location-Gérance : contrat du <input type="text"/> au <input type="text"/> Renouvellement par tacite reconduction <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Loueur du fonds : si différent du précédent exploitant Nom de naissance / Dénomination _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Domicile / Siège _____ Code postal <input type="text"/> Commune _____ <input type="checkbox"/> Autre préciser _____ POUR UNE EXPLOITATION AGRICOLE : <input type="checkbox"/> Reprise totale d'une exploitation individuelle <input type="checkbox"/> Reprise totale ou partielle d'exploitation(s) individuelle(s) <input type="checkbox"/> Poursuite de l'exploitation par le conjoint <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____ Si précédent exploitant éleveur, n° IPG <input type="text"/> |
| 9 | ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT OU S'EXERCE LA NOUVELLE ACTIVITE : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____ _____ Code postal <input type="text"/> Commune _____ | | |
| 9 bis | Pour les commerçants et artisans : <input type="checkbox"/> CONTRAT DE DOMICILIATION Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification <input type="text"/> | | |
| 10 | ENSEIGNE _____ | | |
| 11 | EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé <input type="text"/> date d'embauche du 1 ^{er} salarié <input type="text"/> Total effectif salarié de l'entreprise : <input type="text"/> dont : <input type="text"/> apprentis <input type="text"/> VRP | | |

DECLARATION COMPLEMENTAIRE POUR LE RCS - RM

13 **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 _____

14 **POUR UN COMMERÇANT MARIE :** Date du mariage [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Dépt. [] [] [] Commune / Pays *si étranger* _____
 Régime actuel : Sans contrat (1) Avec contrat : _____
Conjoint commun en biens: Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
Cas particuliers affectant le régime matrimonial :
 Procédure en cours ou décision affectant le régime matrimonial
Séparation de biens, liquidation anticipée des acquêts
 Restriction à la libre disposition des biens des époux
Contrat de mariage, décision ou demande judiciaire
 En cas d'application d'une loi étrangère, *désignation du pays et du régime matrimonial :* _____

(1) La mention relative à l'absence de contrat de mariage ne signifie pas que le régime légal français est applicable

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15 **Votre régime d'assurance maladie actuel :** Agricole Autre _____
Organisme choisi : **Pour régime TNS :** Assurance maladie _____ n° [] [] []
 Avez-vous déjà été affilié au régime TNS non oui : préciser pour quelle activité _____
 Dépt. [] [] [] Date de cessation [] [] [] [] [] [] [] []
Caisse de retraite (pour activité industrielle, commerciale relevant du régime ORGANIC) Interprofessionnelle Professionnelle

Pour régime agricole : MSA GAMEX GROUPAMA (pour le département 50 seulement)
 Etes-vous, ou votre conjoint, bénéficiaire du RMI Oui Non
 Etes-vous bénéficiaire de la dotation jeune agriculteur Oui Non Demande en cours

15 bis Pour les étrangers sauf Union européenne : Titre de séjour n° [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Délivré à _____ Expirant le [] [] [] [] [] [] [] []

OPTION(S) FISCALE(S) POUR LA NOUVELLE ACTIVITÉ

16 Les revenus tirés de votre activité initiale relèvent du régime fiscal : BIC BNC BA
 Date de clôture de l'exercice comptable de la nouvelle activité [] [] [] []
 Les revenus tirés de votre nouvelle activité et de l'activité initiale relèvent du même régime fiscal oui non, si non, préciser vos options relatives à cette nouvelle activité :

REGIME D'IMPOSITION :

T.V.A :

B. I.C :
 Micro
 Réel simplifié
 Réel normal

B. A :
 Forfait
 Réel simplifié
 Réel normal

REGIME GENERAL :

Franchise en base
 Réel simplifié
 Mini-réel
 Réel normal

Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
 Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable.
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA annuelle estimée inférieure à un plafond de 4 000 euros/an.

REGIME AGRICOLE :

Remboursement forfaitaire agricole
 Franchise en base
 Imposition obligatoire à la TVA (régime simplifié agricole)

Option volontaire pour l'assujettissement à la TVA

Sur l'ensemble des opérations réalisées (option globale)
 Sur les opérations autres que les ventes d'animaux vivants de boucherie et charcuterie (option restreinte)

Conditions de versement de la TVA

Versement d'acomptes trimestriels avec régularisation annuelle (droit commun)
 Option pour les déclarations trimestrielles sur la base des recettes réalisées.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :**

18 **ADRESSE de correspondance** Déclarée au cadre n° Autre rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Téléphone(s) _____
 _____ Code Postal [] [] [] [] [] [] [] [] Commune _____ Fax / e-mail _____

19 Le présent document constitue une demande d'inscription au RCS, au RM, au RSAC, au REB, 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 et information le cas échéant à l'EDE et au casier viticole. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

LE DECLARANT *désigné au cadre 5*
 LE MANDATAIRE
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 le _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.

DECLARATION D'IMMATRICULATION au titre d'une activité relevant d'un nouveau secteur professionnel

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKTLNW

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres 1,2,3,4,5,8,9,12,16,18,19, selon votre situation les cadres 6,7,9bis,10,11,13,14,15,15bis,17

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 N° unique d'identification

2

3

4 Votre activité relève du secteur :

Commercial, RCS du greffe de _____

Artisanal, RM dans le département de _____

Batellerie artisanale

Libéral et assimilé Agent commercial, RSAC du greffe de _____

Agriculture Autre, préciser _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

5 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe M F Né(e) le

Dépt. Commune/Pays _____

Domicile : rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal Commune/Pays _____

6 **CONJOINT COLLABORATEUR**

Le conjoint demande cette mention et déclare répondre aux conditions de ce statut

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le Dépt. Commune / Pays _____

Nationalité _____

7 **Nom commercial - Nom de l'exploitation** _____

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT

8 **NOUVELLE ACTIVITE :** _____

Date de début de l'activité : Permanente Saisonnière / Ambulante

Devient-elle l'activité principale de l'entreprise Oui Non

Ouverture d'un nouvel établissement Oui Non

12 **ORIGINE :**

Création, passer directement au cadre 13.

Pour les autres cas : Achat, Partage, Licitacion, Location-gérance :

Précédent exploitant ou prédécesseur : N° unique d'identification

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

9 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT OU S'EXERCE LA NOUVELLE ACTIVITE :**

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL :

Achat, Partage, Licitacion : Journal d'Annonces Légales, date de parution

Nom du journal : _____

Location-Gérance : contrat du au

Renouvellement par tacite reconduction oui non

Loueur du fonds : si différent du précédent exploitant

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal Commune _____

Autre préciser _____

9 bis **Pour les commerçants et artisans :**

CONTRAT DE DOMICILIATION

Nom du domiciliataire _____

N° unique d'identification

POUR UNE EXPLOITATION AGRICOLE : Reprise totale d'une exploitation individuelle

Reprise totale ou partielle d'exploitation(s) individuelle(s)

Poursuite de l'exploitation par le conjoint

Autre, préciser _____

Si précédent exploitant éleveur, n° IPG

10 **ENSEIGNE** _____

11

DECLARATION D'IMMATRICULATION au titre d'une activité relevant d'un nouveau secteur professionnel

RESERVE AU CFE MGUIDBEFHJKTLNW

Déclaration n° _____
reçue le _____ transmise le _____

PERSONNE PHYSIQUE

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres 1,2,3,4,5,8,9,12,16,18,19, selon votre situation les cadres 6,7,9bis,10,11,13,14,15,15bis,17

RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 N° unique d'identification

2

3

4 Votre activité relève du secteur :

Commercial, RCS du greffe de _____

Artisanal, RM dans le département de _____

Batellerie artisanale

Libéral et assimilé Agent commercial, RSAC du greffe de _____

Agriculture Autre, préciser _____

DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

5 **NOM DE NAISSANCE** _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____ Pseudonyme _____

Nationalité _____ Sexe M F Né(e) le

Dépt. Commune/Pays _____

Domicile : rés., bât., n°, voie, lieudit _____

Code Postal Commune/Pays _____

6 **CONJOINT COLLABORATEUR**

Le conjoint demande cette mention et déclare répondre aux conditions de ce statut

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Né(e) le Dépt. Commune / Pays _____

Nationalité _____

7 **Nom commercial - Nom de l'exploitation** _____

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT

8 **NOUVELLE ACTIVITE :** _____

Date de début de l'activité : Permanente Saisonnière / Ambulante

Deviens-elle l'activité principale de l'entreprise Oui Non

Ouverture d'un nouvel établissement Oui Non

12 **ORIGINE :**

Création, passer directement au cadre 13.

Pour les autres cas : Achat, Partage, Licitacion, Location-gérance :

Précédent exploitant ou prédécesseur : N° unique d'identification

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

9 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT OU S'EXERCE LA NOUVELLE ACTIVITE :**

rés., bât., app., étage, n°, voie, lieudit _____

Code postal Commune _____

POUR UN FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL :

Achat, Partage, Licitacion : Journal d'Annonces Légales, date de parution

Nom du journal : _____

Location-Gérance : contrat du au

Renouvellement par tacite reconduction oui non

Loueur du fonds : si différent du précédent exploitant

Nom de naissance / Dénomination _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Domicile / Siège _____

Code postal Commune _____

Autre préciser _____

9 bis **Pour les commerçants et artisans :**

CONTRAT DE DOMICILIATION

Nom du domiciliataire _____

N° unique d'identification

10 **ENSEIGNE** _____

11

POUR UNE EXPLOITATION AGRICOLE : Reprise totale d'une exploitation individuelle

Reprise totale ou partielle d'exploitation(s) individuelle(s)

Poursuite de l'exploitation par le conjoint

Autre, préciser _____

Si précédent exploitant éleveur, n° IPG

DECLARATION COMPLEMENTAIRE POUR LE RCS - RM

13 **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 _____

14 **POUR UN COMMERÇANT MARIE :** Date du mariage [][][][][][][][][][]

Dépt. [][][] Commune / Pays *si étranger* _____

Régime actuel : Sans contrat (1) Avec contrat : _____

Conjoint commun en biens: Nom de naissance _____

Nom d'usage _____ Prénoms _____

Cas particuliers affectant le régime matrimonial :

Procédure en cours ou décision affectant le régime matrimonial

Séparation de biens, liquidation anticipée des acquêts

Restriction à la libre disposition des biens des époux

Contrat de mariage, décision ou demande judiciaire

En cas d'application d'une loi étrangère, *désignation du pays et du régime matrimonial :* _____

(1) La mention relative à l'absence de contrat de mariage ne signifie pas que le régime légal français est applicable

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

15

15 bis

OPTION(S) FISCALE(S) POUR LA NOUVELLE ACTIVITÉ

16

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

17 **OBSERVATIONS :**

ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° Autre rés., bât., n°, voie, lieudit _____ Téléphone(s) _____

_____ Code Postal [][][][][] Commune _____ Fax / e-mail _____

18 Le présent document constitue une demande d'inscription au RCS, au RM, au RSAC, au REB, 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 et information le cas échéant à l'EDE et au casier viticole.
19 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

LE DECLARANT *désigné au cadre 5*

LE MANDATAIRE
nom, prénom/dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à _____
le _____

SIGNATURE

Signer chaque feuillet séparément.