

## DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE GUID B F K T

## PERSONNE PHYSIQUE

## PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE

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 obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 selon votre situation les cadres 3, 4, 4 B, 11, 13

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Pseudonyme \_\_\_\_\_ Sexe ☐ M ☐ F

Nationalité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

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

☐ Conjoint ou pacsé **collaborateur** (préciser pour celui-ci) ☐ Conjoint ou pacsé **salarié**

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

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

☐ Vous déposez une demande d'ACCRE avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :  
Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC.

## DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT

5 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A : ☐ Votre domicile personnel, passer directement au cadre 6 ☐ Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous

LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITE (bureau, cabinet, établissement)

Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

6 DATE DE DÉBUT D' ACTIVITE \_\_\_\_\_

Activité(s) exercée(s) \_\_\_\_\_

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante : \_\_\_\_\_

Vous exercez une activité saisonnière ☐ indiquez la ou les période(s) d'activité : \_\_\_\_\_

☐ Activité non sédentaire (forain)

7 ORIGINE DE L'ACTIVITE :

☐ Création (passer directement au cadre suivant)

☐ Reprise

**Prédécesseur ou précédent exploitant :**

Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

Pour une personne physique

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Pour une personne morale : Dénomination \_\_\_\_\_

8 EFFECTIF SALARIE : ☐ non ☐ oui, nombre : \_\_\_\_\_

Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☐ non

## DECLARATION SOCIALE

### Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

9

**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*) \_\_\_\_\_

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

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

**CONJOINT COLLABORATEUR** : Votre conjoint marié ou pacsé 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 BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT 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		Nationalité
			oui	non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

10

**Bénéfices Non Commerciaux (BNC)** : ☐ Régime spécial B.N.C (micro fiscal)  
☐ Déclaration contrôlée, dans ce cas ☐ Option pour la tenue d'une comptabilité créances / dettes

**T.V.A** : ☐ Franchise en base ☐ Réel simplifié ☐ Réel normal ☐ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 € / an

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

11

**OBSERVATIONS :**

12

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

13

☐ 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 déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.  
 La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.**

14

☐ **LE DECLARANT** désigné au cadre 2  
☐ **LE MANDATAIRE**  
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_  
 Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non  
 Intercalaire ACCRE ☐ oui ☐ non  
 Nombre d'intercalaire(s) PO' \_\_\_\_

Déclaration N° \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

## DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE GUID B F K T

## PERSONNE PHYSIQUE

## PROFESSION LIBERALE ET ASSIMILEE

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 obligatoirement les cadres n° 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 selon votre situation les cadres 3, 4, 4 B, 11, 13

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Pseudonyme \_\_\_\_\_ Sexe ☐ M ☐ F

Nationalité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays si à l'étranger \_\_\_\_\_

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

☐ Conjoint ou pacsé **collaborateur** (préciser pour celui-ci) ☐ Conjoint ou pacsé **salarié**

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_

Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 2) \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

3

4B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)

☐ Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté :

*Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC.*

## DECLARATION RELATIVE AU LIEU D'EXERCICE OU A L'ETABLISSEMENT

5 VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A : ☐ Votre domicile personnel, passer directement au cadre 6 ☐ Une adresse professionnelle, l'indiquer ci-dessous

LIEU D'EXERCICE DE VOTRE ACTIVITE (bureau, cabinet, établissement)

Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

6 DATE DE DÉBUT D' ACTIVITE \_\_\_\_\_

Activité(s) exercée(s) \_\_\_\_\_

Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

Vous exercez une activité saisonnière ☐ indiquez la ou les période(s) d'activité :

☐ Activité non sédentaire (forain)

7 ORIGINE DE L'ACTIVITE :

☐ Création (passer directement au cadre suivant)

☐ Reprise

**Prédécesseur ou précédent exploitant :**

Numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

*Pour une personne physique*

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

*Pour une personne morale :* Dénomination \_\_\_\_\_

8

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

9

10

**OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

11 **OBSERVATIONS :**

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

13 ☐ 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 déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, au RSEIRL et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.  
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.

14 ☐ **LE DECLARANT** désigné au cadre 2  
☐ **LE MANDATAIRE**  
nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_  
Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non  
Intercalaire ACCRE ☐ oui ☐ non  
Nombre d'intercalaire(s) PO' \_\_\_\_

Déclaration N° \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**