

Imprimer

Réinitialiser

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, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE Braham

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

Prénoms Othmen Pseudonyme \_\_\_\_\_

Nationalité Tunisienne Sexe ☒ M ☐ F

Né(e) le 03/09/1982 Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays Tunisie

☐ 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 1, rue Felix Chobert

Code postal 95500 Commune / Pays Gonesse/France

Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE  
☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 12) ☐ Conjoint ou pacsé salarié

4 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 \_\_\_\_\_

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 CMB5 ☐ 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

6 ADRESSE DE L'ENTREPRISE ☐ Etablissement où vous exercez votre activité ☒ Votre domicile personnel  
Remplir cadre 7 ☐ Dans une entreprise de domiciliation Passer au cadre 86B ☐ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal : \_\_\_\_\_7 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 \_\_\_\_\_11 ORIGINE DU FONDS ☒ Création passer directement au cadre suivant  
☐ Location - Gérance ☐ Gérance - Mandat  
☐ Achat, Partage, Licitatation  
☐ 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, Licitatation : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution \_\_\_\_\_

Nom du journal \_\_\_\_\_

8 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE 01/07/2022  
Activité : ☒ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant)  
Activité(s) exercée(s) dans l'établissement conseil infomatique,  
prestation de formation, infogrance, service d'affiliation et marketing digital  
Activité principale Conseil Informatique

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 \_\_\_\_\_9 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :  
Webnavig  
ENSEIGNE Webnavig10 EFFECTIF SALARIE : ☒ non ☐ oui, nombre : \_\_\_\_\_ dont : \_\_\_\_\_ apprentis \_\_\_\_\_ VRP  
Vous embauchez un premier salarié ☐ oui ☒ non

DECLARATION RELATIVE AUX AUTRES PERSONNES LIEES A L'EXPLOITATION		
<b>12</b>	<input type="checkbox"/> <b>CONJOINT MARIE OU PACSE COLLABORATEUR</b> Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Nationalité _____ Né(e) le [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dépt. [ ][ ] Commune / Pays _____	
<b>13</b>	<input type="checkbox"/> <b>PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ETABLISSEMENT</b> <input type="checkbox"/> <b>PROPRIETAIRE INDIVIS</b> Nom de naissance _____ Nom d'usage _____ Prénoms _____ Domicile _____ Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Commune _____ <b>Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :</b> Né(e) le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dépt. [ ][ ] Commune / Pays _____ Nationalité _____	
DECLARATION SOCIALE Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux		
<b>14</b>	<b>VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE</b> [1][8][2][0][9][9][9][3][5][1][1][9][3] [4][3] <b>POUR LES RESSORTISSANTS HORS UNION EUROPEENNE :</b> Titre de séjour N° [9][2][0][3][1][8][4][6][5][0] délivré à Val d'Oise expirant le [0][8][0][3][2][0][2][3] <b>Exercice simultané d'une autre activité :</b> <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Si oui, serez-vous simultanément :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Salarié agricole <input type="checkbox"/> Retraité / Pensionné <input type="checkbox"/> Autre ( <i>préciser</i> ) _____ <b>VOUS ÊTES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE :</b> périodicité du versement des cotisations <input type="checkbox"/> mensuelle <input checked="" type="checkbox"/> trimestrielle  <b>CONJOINT COLLABORATEUR :</b> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non. Indiquer son N° de sécurité sociale : [ ]	
OPTION FISCALE HORS EIRL		
<b>15</b>	<b>VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) :</b> Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes (sous conditions cf. notice PO CMB micro-entrepreneur).	
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		
<b>16</b>	<b>OBSERVATIONS :</b> je suis actuellement au chômage et je souhaite faire la demande pour le statut Acre une fois vous validiez mon dossier	
<b>17</b>	<b>ADRESSE de correspondance</b> <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n°2 <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Commune _____	Tél _____ Tél _____ Télécopie / courriel _____
<b>18</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Je demande que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ni utilisées par des tiers ( <i>cf. notice</i> ).  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.	
<b>19</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> Désigné au cadre 2 <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse _____ _____ _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à Gonesse Le [3][0][0][6][2][0][2][2]  Intercalaire(s) : PEIRL : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non / JQPA [ ][ ]  Nombre d'intercalaire(s) : P0' [ ][ ] / NDI [ ][ ]  <div style="text-align: right;"><b>SIGNATURE</b>  Signer chaque feuillet séparément</div>

Imprimer

Réinitialiser

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, 2, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 Selon votre situation les cadres N° 3, 4, 4B, 5, 7, 9, 12, 13, 16, 18

## DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE

2 NOM DE NAISSANCE Braham

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

Prénoms Othmen

Pseudonyme \_\_\_\_\_

Nationalité Tunisienne

Sexe ☒ M ☐ F

Né(e) le 03/09/1982 Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays Tunisie

☐ 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 1, rue Felix Chobert

Code postal 95500 Commune / Pays Gonesse/France

Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIE OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACS TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE

☐ Conjoint ou pacsé collaborateur (remplir cadre 12) ☐ Conjoint ou pacsé salarié

4 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 \_\_\_\_\_

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 CMB5 ☐ 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

6 ADRESSE DE L'ENTREPRISE ☐ Etablissement où vous exercez votre activité ☒ Votre domicile personnel

Remplir cadre 7

☐ Dans une entreprise de domiciliation

Passer au cadre 8

6B ☐ Ambulant ressortissant de l'U.E. ou de l'E.E.E. préciser le code postal et la commune du marché principal :

\_\_\_\_\_

7 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 \_\_\_\_\_

8 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE \_\_\_\_\_

Activité : ☒ Permanente ☐ Saisonnière ☐ Non sédentaire (Ambulant)

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement Conseil Informatique

prestation de formation, infogérance, service d'affiliation et marketing digital

Activité principale Conseil Informatique

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 \_\_\_\_\_

9 NOM COMMERCIAL / NOM PROFESSIONNEL :

Webnaviq

ENSEIGNE Webnaviq

10

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 \_\_\_\_\_

Greffé d'immatriculation \_\_\_\_\_

Achat, Partage, Licitations : Journal d'Annonces Légales (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession) Date de parution \_\_\_\_\_

Nom du journal \_\_\_\_\_

## 12

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Né(e) le | | | | | | | | Dépt. | | | Commune / Pays \_\_\_\_\_

13

☐ 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 \_\_\_\_\_

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

14

## 15

## 16

**OBSERVATIONS :** je suis actuellement au chômage et je souhaite faire la demande pour le statut Acre une fois vous validez mon dossier

17

**ADRESSE de correspondance** ☒ Déclarée au cadre n°2 ☐ Autre : \_\_\_\_\_

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

Tél \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

18

☒ 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 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.**

19

☒ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*  
☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*  
**nom, prénom / dénomination et adresse**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à Gonesse Le 30/06/2022

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

Nombre d'intercalaire(s) : P0' | | / NDI | |

**SIGNATURE**

Signer chaque feuillet séparément