

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

**PERSONNE PHYSIQUE****ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)****1** Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification **IDENTITE****2** **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Né(e) le  Dépt.  Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**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** **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

- Conjoint ou pacsé collaborateur pour celui-ci préciser ci-dessous  
 Conjoint ou pacsé salarié

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Né(e) le  Dépt.  Commune / Pays \_\_\_\_\_**4** **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)** Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.**5** **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)** Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur**ACTIVITE****6** **Vous exercez votre activité à :**  Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ciRés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
Code postal  Commune \_\_\_\_\_**7** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** Activité :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (ambulante ou foraine)

Indiquer l'activité la plus importante \_\_\_\_\_

Le cas échéant, autres activités exercées \_\_\_\_\_

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

**8 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°   
**VOUS ÊTES AU REGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE** : périodicité du versement des cotisations  mensuelle  trimestrielle  
**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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

### OPTION FISCALE HORS EIRL

**9 VOUS RELEVEZ DU REGIME MICRO FISCAL - Spécial Bénéfices Non Commerciaux (Spécial BNC)**  
 Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur les recettes (sous conditions cf. notice)  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**10 OBSERVATIONS :**

**11 ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° 2  Déclarée au cadre n° 6  Autre : \_\_\_\_\_  
 Code postal  Commune \_\_\_\_\_  
 Tél \_\_\_\_\_  
 Tél \_\_\_\_\_  
 Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

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 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.  
 Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.**

<p><b>13</b> <input type="checkbox"/> <b>LE DECLARANT</b> désigné au cadre 2  <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b>                  nom, prénom / dénomination et adresse</p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés                  Fait à _____ Le _____                  Intercalaire PEIRL micro-entrepreneur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                  Intercalaire ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                  Nombre d'intercalaire(s) P0' _____</p>	<p><b>SIGNATURE</b></p>
--	--	-------------------------

**DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE LIBERALE**

**RESERVE AU CFE GUIDBEFKT**

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

Transmise le \_\_\_\_\_

**PERSONNE PHYSIQUE**

**ACTIVITE exercée sous le régime micro-social (hors professions réglementées)**

**1** Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification \_\_\_\_\_

**IDENTITE**

**2** **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**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** **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

Conjoint ou pacsé collaborateur *pour celui-ci préciser ci-dessous*  
 Conjoint ou pacsé salarié

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

**4**

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

Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur

**ACTIVITE**

**6** Vous exercez votre activité à :  Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7  
 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci

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

**7** **DATE DE DEBUT D'ACTIVITE** \_\_\_\_\_

Activité :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (ambulant ou forain)

Indiquer l'activité la plus importante \_\_\_\_\_

Le cas échéant, autres activités exercées \_\_\_\_\_

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

## DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

8

9

### OPTION FISCALE HORS EIRL

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

10

**OBSERVATIONS :**

11

**ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° 2  Déclarée au cadre n° 6  Autre : \_\_\_\_\_

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

12

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 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.  
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.**

13

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

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Intercalaire PEIRL micro-entrepreneur :  oui  non  
Intercalaire ACCRE :  oui  non  
Nombre d'intercalaire(s) P0' \_\_\_\_

**SIGNATURE**