

Imprimer

Réinitialiser

PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITÉ 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 JJJJJJJJJJ

DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE

2A  ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)

2B  ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL  
remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC

IDENTITÉ

3 NOM DE NAISSANCE Nom d'usage Prénoms  
Nationalité Sexe  M  F Né(e) le JJMMIAAAA Dépt. JJJJ Commune  
Pays si né à l'étranger  
Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit  
Code postal JJJJJJ Commune  
Pays si à l'étranger Le cas échéant, ancienne commune

4 Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise  oui  non  
Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) :  collaborateur (durée globale limitée à cinq ans)  salarié  
Nom de naissance Nom d'usage Prénoms  
Nationalité Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3)  
Code postal JJJJJJ Commune Dépt. JJJJ Pays  
Né(e) le JJMMIAAAA Dépt. JJJJ Commune Pays (si à l'étranger)

ACTIVITÉ

5 Vous exercez votre activité à :  Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6  
 Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci  
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit  
Code postal JJJJJJ Commune Le cas échéant, ancienne commune

6 DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ JJMMIAAAA  
Activité :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (ambulante)  
Activité(s) exercée(s)  
Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :

NOM COMMERCIAL (le cas échéant) :

## DÉCLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

**7 VOTRE N° DE SÉCURITÉ 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) \_\_\_\_\_  
**VOUS ÊTES AU RÉGIME MICRO-SOCIAL SIMPLIFIÉ** : périodicité du versement des cotisations  mensuelle  trimestrielle

**CONJOINT COLLABORATEUR** : Votre conjoint marié, pacsé ou concubin 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 :

### OPTION FISCALE HORS EIRL

**8 VOUS RELEVEZ DU RÉGIME 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 COMPLÉMENTAIRES

**9 OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

**10 ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° 3  Déclarée au cadre n° 5  Autre : \_\_\_\_\_  
 Code postal  Commune \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
 Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

**11** Les informations sont transmises aux organismes destinataires pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices).  
 Je demande 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>12</b> <input type="checkbox"/> <b>LE DÉCLARANT</b> <i>Désigné au cadre 3</i>  <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b>  <b>Nom, prénom/ dénomination et adresse</b> _____          Code postal <input type="text" value=""/> Commune _____</p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés.          Fait à _____          Le <input type="text" value="JJMM/AAAA"/>          Intercalaire PEIRL PL/AC : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non          Nombre d'intercalaire(s) PO' _____</p>	<p><b>SIGNATURE</b>          _____  <b>Signer chaque feuillet séparément</b></p>
--	--	--

Imprimer

Réinitialiser

DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ LIBÉRALE

PERSONNE PHYSIQUE

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

RÉSERVÉ AU CFE GUIDBEFKT

Déclaration n°  
Reçue le JJMMIAAAA  
Transmise le JJMMIAAAA

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification	
<b>DÉCLARATION RELATIVE AU MODE D'EXERCICE</b>				
2A	<input type="checkbox"/> ENTREPRENEUR INDIVIDUEL (EI)		2B	<input type="checkbox"/> ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL) uniquement en cas de reprise d'une EIRL <i>remplir l'intercalaire PEIRL PL / AC</i>
<b>IDENTITÉ</b>				
3	<b>NOM DE NAISSANCE</b>		Nom d'usage	
	Nationalité		Prénoms	
	Pays si né à l'étranger		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le JJMMIAAAA Dépt. Commune	
	Domicile (pour les personnes sans domicile stable, adresse de l'organisme choisi comme domicile) : rés., bât., n°, voie, lieu-dit			
	Code postal		Commune	
	Pays si à l'étranger		Le cas échéant, ancienne commune	
4	Avez-vous un conjoint marié, pacsé ou concubin exerçant une activité régulière dans l'entreprise <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Si oui, choix d'un statut (et préciser ci-dessous) : <input type="checkbox"/> collaborateur (durée globale limitée à cinq ans) <input type="checkbox"/> salarié			
	Nom de naissance		Nom d'usage	
	Nationalité		Prénoms	
	Domicile (si différent de celui déclaré au cadre 3)			
	Code postal		Dépt. Pays	
	Né(e) le JJMMIAAAA Dépt. Commune		Pays (si à l'étranger)	
<b>ACTIVITÉ</b>				
5	Vous exercez votre activité à : <input type="checkbox"/> Votre domicile personnel, passez directement au cadre 6			
	<input type="checkbox"/> Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci			
	Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit			
	Code postal		Commune	
	Le cas échéant, ancienne commune			
6	<b>DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ</b> JJMMIAAAA			
	Activité : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Non sédentaire (ambulant)			
	Activité(s) exercée(s)			
	Dans le cas où plusieurs activités sont mentionnées, indiquez la plus importante :		NOM COMMERCIAL (le cas échéant) :	

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

7

**OPTION FISCALE HORS EIRL**

8

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

9

**OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

10

<b>ADRESSE de correspondance</b> <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° 3 <input type="checkbox"/> Déclarée au cadre n° 5 <input type="checkbox"/> Autre : _____ Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune _____	Tél. _____ Tél. _____ Télécopie / courriel _____
---	---

11

Les informations sont transmises aux organismes destinataires pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, un droit d'opposition à leur diffusion qui s'exerce auprès de l'Insee pour les données qu'il diffuse (cf. case à cocher ci-dessous), ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données. (Cf. annexe aux notices).  
 Je demande 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.**

12

<input type="checkbox"/> <b>LE DÉCLARANT</b> <i>Désigné au cadre 3</i> <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <b>Nom, prénom/ dénomination et adresse</b> _____ Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune _____	Certifie l'exactitude des renseignements donnés. Fait à _____ Le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Intercalaire PEIRL PL/AC : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre d'intercalaire(s) PO' _____	<b>SIGNATURE</b> _____ <b>Signer chaque feuillet séparément</b>
--	--	---