

**SARL, SELARL y compris à associé unique
sauf activité agricole**

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIETE EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIETE A RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 Et le cas échéant n° 3, 6, 7, 8, 13B, 14, 14B, 15, 16, 18
Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 5 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)
Pour les SARL constituées d'un associé unique, remplir les cadres 3 et 17, ainsi que le cadre 4 de l'intercalaire TNS

DECLARATION RELATIVE A LA SOCIETE

2 **DENOMINATION** _____

Sigle _____ Durée de la personne morale _____
Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
Date de clôture de l'exercice social [] le cas échéant, du 1^{er} exercice []
Statut légal particulier _____
 Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS) (cf. notice).

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE PERSONNE PHYSIQUE**
Dans le cas où le gérant est l'associé unique :
Choix des statuts déposés : Statuts types complétés sans modification Statuts différents
 Option pour le régime des micro-entrepreneurs
CONTRAT D'APPUI : Date de fin du contrat []
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui []
Dénomination _____ Siège _____
Code postal [] Commune _____

4 **ADRESSE DU SIEGE** Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal [] Commune _____

Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification []
Nom du domiciliataire _____

5 **ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire M0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe sinon remplir imprimé M2
Rés., bât., appt., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal [] Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** [] Permanente Saisonnière / Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement : _____
Autre(s) activité(s) : _____

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case s'il s'agit de :
 Commerce de détail en magasin (surface : [] m²) Commerce de détail sur marché
 Commerce de détail sur Internet Fabrication, production Bâtiment, travaux publics
 Commerce de gros Autre précisez _____

11 **EFFECTIF SALARIE / ASSIMILE** : non oui, nombre [] dont : [] apprentis
La société embauche un premier salarié oui non

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE Création, **passer au cadre 11** Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification []
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, **passer au cadre 11** Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Journal d'annonces légales : date de parution []
Nom du journal : _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification []
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

Location-gérance Gérance-mandat Autre
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 _____

12 **GERANCE** : MAJORITAIRE La gérance est assurée par UN TIERS NON ASSOCIE
 MINORITAIRE / EGALITAIRE dans ce cas, une société est associée oui non

**SARL, SELARL y compris à associé unique
sauf activité agricole**

Déclaration n° _____
Reçue le _____
Transmise le _____

- 1 SARL SELARL LA SOCIETE EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE
 LA SOCIETE A RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 Et le cas échéant n° 3, 6, 7, 8, 13B, 14, 14B, 15, 16, 18
Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 5 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)
Pour les SARL constituées d'un associé unique, remplir les cadres 3 et 17, ainsi que le cadre 4 de l'intercalaire TNS

DECLARATION RELATIVE A LA SOCIETE

2 **DENOMINATION** _____
Sigle _____ Durée de la personne morale _____
Capital _____ Si capital variable, *minimum* _____
Date de clôture de l'exercice social [] [] [] [] [] le cas échéant, du 1^{er} exercice [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Statut légal particulier _____
 Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS) (cf. notice).

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE PERSONNE PHYSIQUE**
Dans le cas où le gérant est l'associé unique :
Choix des statuts déposés : Statuts types complétés sans modification Statuts différents
 Option pour le régime des micro-entrepreneurs
CONTRAT D'APPUI : Date de fin du contrat [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dénomination _____ Siège _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

4 **ADRESSE DU SIEGE** Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

Préciser s'il est fixé :
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Nom du domiciliataire _____

5 **ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)** parmi celles énumérées dans l'objet social :

6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire M0'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 **ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT** où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe sinon remplir imprimé M2
Rés., bât., appt., étage, n°, voie, lieu-dit _____
Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

8 **NOM COMMERCIAL** _____
ENSEIGNE _____

9 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** [] [] [] [] [] [] Permanente Saisonnière / Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement : _____
Autre(s) activité(s) : _____

10 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**
ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE Création, **passer au cadre 11** Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
 Création, **passer au cadre 11** Achat Apport
Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Journal d'annonces légales : date de parution [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Nom du journal : _____

Précédent exploitant : N° unique d'identification [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Nom de naissance / Dénomination _____
Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Location-gérance Gérance-mandat Autre

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 _____

11

12

DECLARATION RELATIVE AUX GERANTS

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) M0'

A compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13 GERANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Dépt. / Pays _____
 Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

14 GERANT : Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Dépt. / Pays _____
 Nationalité _____
 Domicile _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

13B POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :
 SALARIE
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

14B POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :
 SALARIE
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Dépt. / Pays _____
 Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR
 Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____ Prénoms _____
 Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ Dépt. / Pays _____
 Nationalité _____
 Domicile (si différent du gérant) _____
 Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

15

PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GERANT

Suite sur intercalaire M0'

16 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus oui non Nom de naissance _____ Nom d'usage _____
 Prénoms _____ Né(e) le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dépt. [] [] [] Commune / Pays _____ Nationalité _____
 Domicile _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____

OPTION(S) FISCALE(S)

17

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

18 OBSERVATIONS : _____

19 ADRESSE de correspondance Déclarée au cadre n° ____ Autre : _____ Tél _____ Tél _____
 _____ Code postal [] [] [] [] [] [] Commune _____ Télécopie / courriel _____

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, au RM, le cas échéant, 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. Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

20 LE REPRESENTANT LEGAL déclaré au cadre N° ____
 LE MANDATAIRE ayant procuration
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____
 Le _____
 Nombre d'intercalaire(s) : M0' : ____ NDI : ____
 de volet(s) TNS : ____ JQPA : ____
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : ____

SIGNATURE

 Signer chaque feuillet séparément