



N° 13821\*02

# DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

**AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE**

**ACTIVITÉ COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBÉRALE**

VOUS NE BÉNÉFICIEZ DE CE RÉGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU RÉGIME FISCAL MICRO  
ET AVEZ OPTÉ POUR LE RÉGIME MICRO-SOCIAL

RÉSERVÉ AU CFE MGUIDBEFKT

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 \_\_\_\_\_

## IDENTITÉ

2 **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**Domicile** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**Forain**  Commune de rattachement administratif : Code postal \_\_\_\_\_ Nom de la commune \_\_\_\_\_

## 3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT 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 CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)

Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.

## 4 bis ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

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

## ACTIVITÉ

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

rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

6 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** \_\_\_\_\_

Activité :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

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

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

Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez préciser en ne cochant qu'une seule case :

Sa nature :

Commerce de détail  Transport  Services  Import export  Commerce de gros ou intermédiaire du commerce  Fabrication, production  
 Montage, installation  Réparation  Bât. travaux publics  Extraction  Autre \_\_\_\_\_

Son lieu d'exercice :

Magasin (surface : \_\_\_\_\_ m²)  Bureau, cabinet  Sur marché  En clientèle  Usine  Atelier  Dépôt, entrepôt  
 Sur chantier  Mine, carrière  Autre \_\_\_\_\_





N° 13821\*02

# DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

**AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE**

**ACTIVITÉ COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBÉRALE**

VOUS NE BÉNÉFICIEZ DE CE RÉGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU RÉGIME FISCAL MICRO  
ET AVEZ OPTÉ POUR LE RÉGIME MICRO-SOCIAL

RÉSERVÉ AU CFE MGUIDBEFKT

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 \_\_\_\_\_

## IDENTITÉ

2 **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  M  F Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**Domicile** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_  
**Forain**  Commune de rattachement administratif : Code postal \_\_\_\_\_ Nom de la commune \_\_\_\_\_

## 3 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITÉ TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT 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 ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)

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

## ACTIVITÉ

5 Vous exercez votre activité à :  Votre domicile personnel, passer directement au cadre 6  Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci  
rés., bât., app., étage, N°, voie, Lieu-dit \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

6 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** \_\_\_\_\_

Activité :  Permanente  Saisonnière /  Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

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

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

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

7

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

8

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

9

**OBSERVATIONS :**

10

**ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Fax / mèl \_\_\_\_\_

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.

11

**LE DÉCLARANT** Désigné au cadre 2

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Formulaire PEIRL :  oui  non

Formulaire ACCRE :  oui  non

Nombre d'intercalaire(s) P0' : \_\_\_\_\_

Déclaration n° \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**



N° 51339#03

# NOTICE – DÉCLARATION DE DÉBUT D'ACTIVITÉ

**AUTO-ENTREPRENEUR**

**PERSONNE PHYSIQUE**

**ACTIVITÉ COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBÉRALE**

*Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés qui ont un caractère obligatoire. Vous éviterez ainsi les relances des organismes destinataires.*

## QUELQUES DÉFINITIONS ET CONSIGNES DE REMPLISSAGE

**1** **EN CAS DE REPRISE D'ACTIVITÉ** : Rappel du numéro unique d'identification (n° SIREN) antérieurement attribué par l'INSEE.

### IDENTITÉ

**2** **NOM DE NAISSANCE** : Nom figurant sur les actes d'état civil et papiers d'identité (appelé aussi nom patronymique, nom de famille).

**NOM D'USAGE** : Il doit être indiqué uniquement s'il est différent du nom de naissance et effectivement utilisé. Il peut être soit les noms accolés des deux parents, soit pour les personnes mariées, le nom de naissance suivi ou précédé du nom du conjoint ou le seul nom de l'autre époux.

**PAYS** : À mentionner si le domicile, le lieu de naissance est à l'étranger.

**FORAIN** : Cochez la case « forain » et indiquez votre commune de rattachement administratif.

**3** **POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS D'UN CHEF D'ENTREPRISE COMMERCIALE, ARTISANALE OU LIBÉRALE** : (sont exclus les concubins)

Le choix d'un statut pour le conjoint marié ou le pacsé qui exerce de manière régulière une activité professionnelle dans l'entreprise est obligatoire. Ce choix détermine les droits et obligations professionnels et sociaux du conjoint marié ou du pacsé.

**Conjoint marié ou pacsé collaborateur** : Époux(se) ou pacsé qui collabore régulièrement à l'activité de l'entreprise sans être rémunéré à ce titre.

**4** **AIDE AUX CHÔMEURS CRÉATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

La demande d'ACCRE peut être déposée dans les 45 jours qui suivent la déclaration.

**4 bis** **ENTREPRENEUR INDIVIDUEL À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (EIRL)**

**DÉCLARATION D'AFFECTATION DE PATRIMOINE (EIRL)**

La constitution du patrimoine affecté se compose d'une **déclaration d'affectation**, accompagnée le cas échéant des documents attestant de l'accomplissement des formalités (biens immobiliers, biens communs ou indivis, bien d'une valeur unitaire supérieure à 30 000 €).

Elle doit être déposée au greffe du tribunal statuant en matière commerciale du lieu de votre établissement principal si vous êtes dispensé d'immatriculation.

En cas de reprise de patrimoine affecté par voie de succession, cession à titre onéreux ou transmission à titre gratuit, vous devez indiquer le numéro d'immatriculation au registre et la dénomination du précédent EIRL.

Vous devez porter sur tous vos actes et documents votre **dénomination** incorporant votre nom ou nom d'usage utilisé pour l'exercice de l'activité, précédé ou suivi immédiatement et lisiblement des mots : « Entrepreneur individuel à responsabilité limitée » ou des initiales « EIRL ».

Vous êtes tenu à l'obligation de **dépôt de vos comptes annuels**. Il est donc nécessaire de préciser la date de clôture de l'exercice comptable.

Si la création de votre EIRL ne concerne qu'une partie de vos activités, vous devez indiquer dans l'intercalaire PEIRL vos options fiscales pour l'EIRL (cadre 7) mais vous devez aussi renseigner la rubrique « options fiscales » du formulaire P0 pour la ou les activités situées en dehors de l'EIRL, y compris si vous choisissez les mêmes options.

Si vous optez pour l'EIRL, vous ne pouvez pas opter pour l'impôt sur les sociétés, dans la mesure où vous relevez du régime fiscal des micro-entreprises.

Un mineur peut être autorisé, par ses deux parents qui exercent en commun l'autorité parentale ou par son administrateur légal sous contrôle judiciaire avec l'autorisation du juge des tutelles, à accomplir seul les actes constitutifs à la création d'EIRL. Le mineur émancipé peut être commerçant sur autorisation du juge des tutelles lors de la décision d'émancipation et par le président du TGI si la demande intervient après l'émancipation.

## ACTIVITÉ

6 **ACTIVITÉ** : l'activité que vous considérez comme la plus importante, déterminera votre code APE (activité principale exercée) attribué par l'INSEE.

### UNIQUEMENT POUR LES ACTIVITÉS ARTISANALES

Si vous exercez l'une des activités artisanales énumérées ci-dessous, à **titre principal ou complémentaire**, vous devez attester, lors de votre déclaration de création d'entreprise, de la qualification professionnelle au titre de laquelle l'activité artisanale est exercée. Remplir l'attestation de qualification professionnelle prévue à cet effet sur l'intercalaire ISAA.

**Activités soumises à l'obligation d'une qualification professionnelle\*** :

- l'entretien et la réparation des véhicules et des machines : réparateur d'automobiles, carrossier, réparateur de cycles et motocycles, réparateur de matériels agricoles, forestiers et de travaux publics ;
- la construction, l'entretien et la réparation des bâtiments : métiers de gros œuvre, de second œuvre et de finition du bâtiment ;
- la mise en place, l'entretien et la réparation des réseaux et des équipements utilisant les fluides, ainsi que des matériels et équipements destinés à l'alimentation en gaz, au chauffage des immeubles et aux installations électriques : plombier, chauffagiste, électricien, climaticien et installateur de réseaux d'eau, de gaz ou d'électricité ;
- le ramonage : ramoneur ;
- les soins esthétiques à la personne autres que médicaux et paramédicaux et modelages esthétiques de confort sans finalité médicale : esthéticien ;
- la réalisation de prothèses dentaires : prothésiste dentaire ;
- la préparation ou la fabrication de produits frais de boulangerie, pâtisserie, boucherie, charcuterie et poissonnerie, ainsi que la préparation ou la fabrication de glaces alimentaires artisanales : boulanger, pâtissier, boucher, charcutier, poissonnier et glacier ;
- l'activité de maréchal-ferrant : maréchal-ferrant ;
- la coiffure : coiffeur.

Ces activités doivent être placées sous le contrôle effectif et permanent d'une personne titulaire d'un CAP ou d'un diplôme ou titre au moins équivalent. Pour superviser l'activité d'un salon de coiffure, le BP ou un diplôme ou titre d'un niveau au moins équivalent est requis. À défaut de diplôme, une expérience professionnelle de trois années effectives permet – sauf dispositions particulières pour la coiffure – de justifier de la qualification requise.

\* « Les personnes qui exercent ou font exercer l'une de ces activités sans disposer de la qualification professionnelle requise ou sans faire contrôler cette activité, de manière effective et permanente, par une personne qualifiée sont passibles des sanctions prévues à l'article 24 de la loi n° 96-603 du 5 juillet 1996 relative au développement et à la promotion du commerce et de l'artisanat et à l'article 5 de la loi n° 46-1173 du 23 mai 1946 portant réglementation des conditions d'accès à la profession de coiffeur. »

Si vous exercez votre **activité artisanale à titre principal**, vous devez remplir une demande d'immatriculation au répertoire des métiers, sans frais. Vous serez également exonéré de la taxe pour frais de chambre de métiers et de l'artisanat jusqu'au terme de la seconde année civile suivant celle de votre installation.

**Pour plus d'informations** (notamment si vous avez obtenu votre qualification en dehors du territoire français), vous pouvez consulter les sites : [www.artisanat.fr](http://www.artisanat.fr) ou [www.apce.com](http://www.apce.com) (rubrique informations sectorielles > votre activité est-elle réglementée ?).

## DÉCLARATION SOCIALE

7 **VOTRE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE** : Indiquez dans ce cadre le numéro qui vous a été attribué (voir votre carte VITALE).

**ASSURANCE MALADIE** :

Indiquez l'organisme conventionné, compagnie d'assurance ou mutuelle chargé du remboursement des frais de soins.

**Pour le conjoint marié ou pacsé collaborateur**, ne pas omettre d'indiquer son numéro de sécurité sociale.

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS** : Permet de préciser une situation particulière.

10 **ADRESSE DE CORRESPONDANCE** : Indiquez les coordonnées postale, téléphonique, électronique où vous souhaitez être joint.



N° 14105\*01

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Remplir obligatoirement les cadre n° 1, 2 et 3, le cas échéant les cadres n°4 à 10 selon votre utilisation

#### RAPPEL D'IDENTITÉ

1 **NOM DE NAISSANCE** \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

#### ATTESTATION DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

- 2  Diplôme détenu par le déclarant ou par une personne qui exerce le contrôle effectif et permanent de l'activité  
Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_  
 Expérience professionnelle du déclarant ou d'une personne qui exerce le contrôle effectif et permanent de l'activité (dispositions particulières pour la coiffure)  
 À défaut, engagement à recruter un salarié qualifié

#### DÉCLARATION RELATIVE À L'IMMATRICULATION OU À LA DISPENSE D'IMMATRICULATION AU RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

- 3 **Vous exercez votre activité artisanale à titre :**  
 **PRINCIPAL dans ce cas, vous êtes soumis à l'obligation d'immatriculation au répertoire des métiers.** Compléter les cadres n° 4 à 9 selon votre situation.  
 **COMPLÉMENTAIRE** lorsque vous êtes dans l'une de ces situations à la date de votre déclaration d'activité :  
1 – vous poursuivez une formation initiale ;  
2 – vous avez liquidé vos droits à un régime d'assurance vieillesse ;  
3 – vous percevez un traitement ou un salaire pour une activité exercée au moins à mi-temps ;  
4 – vous exercez une ou plusieurs activités non salariées non artisanales.

**Dans ce cas, vous êtes dispensé d'immatriculation au répertoire des métiers.** Toutefois, pour les situations 2, 3 et 4, cette dispense cesse de s'appliquer lorsque votre revenu imposable issu de l'activité artisanale constitue plus de la moitié de l'ensemble de vos revenus d'activité ou de vos pensions de retraite retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu au titre de l'année civile précédente.

#### DEMANDE D'IMMATRICULATION AU RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

4 **DÉCLARATION D'INSAISSABILITÉ DE BIEN(S) FONCIER(S)**  Déclaration publiée aux hypothèques ou livre foncier de \_\_\_\_\_

5 **ENSEIGNE** \_\_\_\_\_ **NOM PROFESSIONNEL** \_\_\_\_\_

6 **EFFECTIF SALARIÉ :**  non  oui, nombre : \_\_\_\_\_ dont : \_\_\_\_\_ apprentis \_\_\_\_\_ VRP \_\_\_\_\_ Vous embauchez un premier salarié  oui  non

7 **AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UE OU DE L'EEE :** Pays, lieu et n° d'immatriculation \_\_\_\_\_

8 **ORIGINE DU FONDS ARTISANAL**  Création, passer directement au cadre 9  
 Achat, Partage, Licitiation  Location-Gérance  Gérance-Mandat  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 mandat \_\_\_\_\_ Greffet d'immatriculation \_\_\_\_\_

9 **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT** Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ Commune / Pays \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
Domicile \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

10 **OBSERVATIONS** \_\_\_\_\_



N° 11771\*02

## INTERCALAIRE – Suite de l'imprimé

**PO CMB**   
  **PO PL**   
  **ACO**   
  **PO Agricole**   
 Intercalaire N°

RÉSERVÉ AU CFE

Déclaration n° \_\_\_\_\_

Reçue le \_\_\_\_\_

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

### RAPPEL D'IDENTIFICATION

1 Nom de naissance, prénoms, date de naissance : \_\_\_\_\_

### PROPRIÉTAIRES INDIVIS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT

Suite du PO CMB cadre 15

2  **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

**PROPRIÉTAIRE INDIVIS**

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

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

Domicile \_\_\_\_\_

Codepostal       Commune \_\_\_\_\_

**Pour la personne ayant le pouvoir d'engager :** Né(e) le

Dépt.     Commune / Pays \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

2  **PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER L'ÉTABLISSEMENT**

**PROPRIÉTAIRE 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 \_\_\_\_\_

### AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) SITUÉ(S) DANS UN ÉTAT DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'EEE

Suite PO CMB cadre 7

3

### DÉCLARATION SOCIALE

Suite PO CMB – PO PL – ACO – PO agricole

#### PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (à défaut : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

### SUITE DE L'IMPRIMÉ

5 Vous voulez compléter le cadre N° \_\_\_\_\_ de l'imprimé \_\_\_\_\_