

Déclaration n°.....
 reçue le.....
 transmise le.....

PERSONNE PHYSIQUE

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

1	<p>Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _ </p>
IDENTITE	
2	<p>NOM DE NAISSANCE..... Nom d'usage..... Prénoms</p> <p>Nationalité Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays.....</p> <p>Domicile : rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....Code postal _ _ _ _ _ Commune / Pays.....</p> <p>Forain <input type="checkbox"/> Commune de rattachement administratif : Code postal _ _ _ _ _ Nom de la commune.....</p> <p><i>Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 11</i></p>
3	<p>CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé collaborateur <i>pour celui-ci préciser ci-dessous</i></p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé salarié</p> <p>Nom de naissance..... Nom d'usage.....Prénoms.....</p> <p>Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays.....</p>
4	<p>AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRES)</p> <p><input type="checkbox"/> Une demande d'ACCRES est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.</p>
5	<p>ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL)</p> <p><input type="checkbox"/> Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL micro-entrepreneur</p>
ACTIVITE	
6	<p>Vous exercez votre activité à : <input type="checkbox"/> Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7</p> <p><input type="checkbox"/> Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci</p> <p><i>rés.,bât., app., étage, n° voie, lieu-dit.....</i></p> <p>Code postal _ _ _ _ _ Commune.....</p>
7	<p>DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Activité : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Non sédentaire (ambulant ou forain)</p> <p>Indiquer l'activité la plus importante</p> <p>Le cas échéant, autres activités exercées.....</p>

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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ _ _
IDENTITE	
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage..... Prénoms Nationalité Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays..... Domicile : rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ _ Commune / Pays..... Forain <input type="checkbox"/> Commune de rattachement administratif : Code postal _ _ _ _ _ Nom de la commune..... <i>Pour l'adresse de correspondance, remplir le cadre 11</i>
3	CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé collaborateur pour celui-ci préciser ci-dessous <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Votre domicile personnel, passez directement au cadre 7 <input type="checkbox"/> Une adresse professionnelle, indiquer celle-ci rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal _ _ _ _ _ Commune.....
7	DATE DE DEBUT D'ACTIVITE _ _ _ _ _ _ _ _ Activité : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière / <input type="checkbox"/> Non sédentaire (ambulant ou forain) Indiquer l'activité la plus importante Le cas échéant, autres activités exercées.....

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

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

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à.....Le

Formulaire PEIRL micro-entrepreneur : oui non

Nombre d'intercalaire(s) P0'

SIGNATURE