



**14** | **ACTIVITÉ**  Permanente  Saisonnière /  Ambulante  
 Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement : .....  
 Autre(s) activité(s).....  
 Indiquer la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :  
 Fabrication, production  Bâtiment, travaux publics  Commerce de gros  
 Commerce de détail en magasin (surface: m<sup>2</sup>)  Commerce de détail sur marché  
 Commerce de détail sur Internet  Autre *précisez*.....  
 En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :  
 Adjonction d'activité  
 Suppression partielle d'activité par :  Disparition  Vente  Reprise par le propriétaire  Autre .....

**15** | **NOM COMMERCIAL**.....  
**ENSEIGNE**.....

**16** | **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé** : |.....|  
 Date d'embauche du 1<sup>er</sup> salarié |.....|  
**Effectif salarié de l'entreprise** |.....| dont : |.....| apprentis |.....| VRP

**17** | **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**  
 **Création, passer au cadre suivant**  **Reprise**  **Achat**  **Apport**  
 **Location-gérance**  **Gérance-mandat**  **Autre**.....  
**Précédent exploitant** : N° unique d'identification |.....|  
 Nom de naissance / Dénomination.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
**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 : .....  
**Location-gérance - 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 mandant |.....|  
 Greffe d'immatriculation.....

**Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**

**18** | **ADRESSE** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit..... Code postal |.....| Commune ..... Salariés présents  oui  non  
**MISE EN LOCATION-GERANCE**  Totalité du fonds  Une partie du fonds, laquelle .....  
 Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination..... Etablissement  Principal  Secondaire  
**Pour la gérance-mandat** : N° unique d'identification du gérant- mandataire |.....| Greffe d'immatriculation / Département pour RM.....  
 Domicile / Siège : ..... Code postal |.....| Commune .....

**DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES** Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

**19** | **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** |.....|  Nouveau  Partant *cadre 19 B*  
 Modification de la situation personnelle  Maintenu ancienne qualité.....  
**QUALITE**.....  
 Nom de naissance.....  
 Nom d'usage..... Prénom.....  
 Né(e) le |.....| à..... Nationalité.....  
 Dénomination, forme juridique.....

**19B** | Domicile / Siège.....  
 Code postal |.....| Commune.....  
**Pour une personne morale** Lieu et N° d'immatriculation.....  
 Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3  
 **PARTANT** : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique.....  
**Pour le régime TNS** : N° de sécurité sociale |.....|

**20** | **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE ( ACCRE)**  
 Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, remplir l'imprimé spécifique **pour chaque personne bénéficiaire**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**21** | **OBSERVATIONS** :  
 .....  
**22** | **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° |.....|  Autre : .....  
 ..... Code postal |.....| Commune.....  
 Tél..... Tél.....  
 Télécopie / courriel.....

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, 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.

<p><b>23</b>   <input type="checkbox"/> <b>LE REPRESENTANT LEGAL</b> nom, prénom / dénomination et adresse  <input type="checkbox"/> <b>LE MANDATAIRE</b> <i>ayant procuration</i>  <input type="checkbox"/> <b>AUTRE PERSONNE</b> <i>justifiant d'un intérêt</i></p>	<p>Certifie l'exactitude des renseignements donnés          Fait à..... Le .....          Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 sarl / selarl :          Nombre d'intercalaire(s) M' : de volet(s) TNS :          Nombre d'imprimé(s) ACCRE : Nombre d'intercalaire(s) JQPA :</p>	<p><b>SIGNATURE</b> Déclaration N°           Signer chaque feuillet séparément</p>
---	---	--

## PERSONNE MORALE

Déclaration N°.....  
 Reçue le .....  
 Transmise le .....

- 1  Dénomination, forme juridique, capital  Prise d'activité d'une société créée sans activité  Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)  
 Transfert de siège  Déclaration relative à un établissement : (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)  
 Reprise d'activité  Dissolution :  avec poursuite d'activité  sans poursuite d'activité  GIE-GEIE  Autre.....

REEMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 22, 23 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'événement

## RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** | | | | | | | | | |  
 IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE.....  
 AU RM DANS LE DEPT DE..... | | | |  
 Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s).....  
 .....  
**Dénomination / Sigle**.....  
 Forme juridique.....  
 Siège ou 1<sup>er</sup> établissement en France pour les sociétés étrangères : rés., bât., n°, voie, lieu-dit.....  
 Code postal | | | | | Commune.....

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE.** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société  oui  non

## Date DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

- 4 | | | | | | | | **DENOMINATION**.....  
 ..... Sigle.....  
 | | | | | | | | **Forme juridique**.....  
 | | | | | | | |  Société réduite à un associé unique  
 | | | | | | | | **Durée de la personne morale** | | | |  
 | | | | | | | | Date de clôture de l'exercice social | | | | |  
 5 | | | | | | | | **Capital** : montant, unité monétaire.....  
 Si capital variable : Montant minimum.....  
 | | | | | | | |  Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social  
 | | | | | | | |  Reconstitution des capitaux propres  
 6 | | | | | | | |  Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)  
 | | | | | | | |  Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS (cf. notice)  
 7 | | | | | | | |  **FUSION**  **SCISSION** Cette opération entraîne  une augmentation de capital. Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'  
 8 | | | | | | | | **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**  
 9 | | | | | | | | **DISSOLUTION**  
**Indiquer le liquidateur au cadre 19 sauf pour une transmission universelle du patrimoine**  
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s) remplir cadre 12  
 Nom du journal d'annonces légales..... Date de parution | | | | | | | |  
 Adresse de liquidation :  siège  adresse du liquidateur  Autre.....  
 .....  
 Transmission universelle du patrimoine  
 10 | | | | | | | | **RUPTURE ANTICIPÉE DU CONTRAT D'APPUJ**

## DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

- 11 Cette demande concerne :  **OUVERTURE**  **FERMETURE**  **MODIFICATION**  **TRANSFERT**  **LOCATION-GERANCE**  **GERANCE-MANDAT**  
 Date **ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME**  
 | | | | | | | | **ANCIEN ETABLISSEMENT** :  Siège  Siège-Etablissement principal  
   
 12 **Adresse** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente de celle du cadre 2) .....  
 ..... Code postal | | | | | Commune.....  
**POUR UN TRANSFERT : Destination**  Vendu  Fermé  Autre.....  
 Si maintien d'une activité, de ce fait, l'établissement est  Siège  Principal  Secondaire  
**POUR UNE FERMETURE : Destination**  Supprimé  Vendu  Autre.....  
 Si cessation d'emploi de tout salarié : date | | | | | | | | Suite sur intercalaire M'  
 Date **ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE**  
 | | | | | | | | **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal | | | | | Commune.....  
 13 **L'ETABLISSEMENT DEVIENT**:  Siège  Siège-Etablissement principal  Etablissement principal  Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)  
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliaire.....  
 N° unique d'identification | | | | | | | |  
 Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'UE ou de l'EEE, indiquer le pays, le lieu et le N° d'immatriculation sur l'intercalaire M'  
**POUR UN ETABLISSEMENT CREE** : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers  oui  non

**14** | **ACTIVITÉ**  Permanente  Saisonnière /  Ambulante  
 Activité(s) principale(s) exercée(s) dans l'établissement : .....  
 Autre(s) activité(s).....

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :  
 Adjonction d'activité  
 Suppression partielle d'activité par :  Disparition  Vente  
 Reprise par le propriétaire  Autre .....

**15** | **NOM COMMERCIAL**.....  
**ENSEIGNE**.....

**16** |

**17** | **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**  
 Création, *passer au cadre suivant*  Reprise  Achat  Apport  
 Location-gérance  Gérance-mandat  Autre.....  
**Précédent exploitant** : N° unique d'identification |.....  
 Nom de naissance / Dénomination.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
**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 : .....  
**Location-gérance - 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 mandant |.....  
 Greffe d'immatriculation.....

**Date FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**

**18** | **ADRESSE** : rés., bât., n°, voie, lieu-dit..... Code postal |..... Commune ..... Salariés présents  oui  non  
**MISE EN LOCATION-GERANCE**  Totalité du fonds  Une partie du fonds, laquelle .....  
 Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms/ dénomination..... Etablissement  Principal  Secondaire  
**Pour la gérance-mandat** : N° unique d'identification du gérant- mandataire |..... Greffe d'immatriculation / Département pour RM.....  
 Domicile / Siège: ..... Code postal |..... Commune .....

**DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, AUX ASSOCIES, AUX PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA SOCIETE, AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES** Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

**19** | **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** |.....  Nouveau  Partant *cadre 19 B*  
 Modification de la situation personnelle  Maintenu ancienne qualité.....  
**QUALITE**.....  
 Nom de naissance.....  
 Nom d'usage..... Prénom.....  
 Né(e) le |..... à..... Nationalité.....  
 Dénomination, forme juridique.....

**19B** | Domicile / Siège.....  
 Code postal |..... Commune.....  
**Pour une personne morale** Lieu et N° d'immatriculation.....  
 Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3  
 **PARTANT** : Nom de naissance, nom d'usage, prénom / Dénomination, forme juridique.....

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**21** | **OBSERVATIONS** :

**22** | **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° |.....  Autre : .....  
 ..... Code postal |..... Commune.....  
 Tél..... Tél.....  
 Télécopie / courriel.....

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, 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.

**23** |  **LE REPRESENTANT LEGAL** nom, prénom / dénomination et adresse  
 **LE MANDATAIRE** ayant procuration  
 **AUTRE PERSONNE** justifiant d'un intérêt

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à..... Le .....  
 Nombre d'intercalaire(s) M3 ou M3 sarl / selarl :  
 Nombre d'intercalaire(s) M' : de volet(s) TNS :  
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : Nombre d'intercalaire(s) JQPA :

**SIGNATURE** Déclaration N°  
 Signer chaque feuillet séparément