**EXONÉRATION DES BÉNÉFICES RÉALISÉS PAR LES ENTREPRISES NOUVELLES**

**Demande relative à l’application du dispositif prévu à l’article 44 sexies du CGI**

|  |
| --- |
| **I. IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE (1)** |
| **ENTREPRISE INDIVIDUELLE :**  NOM ET PRENOM :…………………………………………………….……………………………………...…………  NOM COMMERCIAL :……………………………………………………………………….……...……….  **SOCIETE :**  DENOMINATION SOCIALE :………………………………………….……………………………………  FORME JURIDIQUE :………………………………………………………….………………………………………….  NOM DU DIRIGEANT :………………………………….………………………………………………...……………..  (Joindre les statuts s’ils sont déjà établis)  **DATE DE CREATION** :……………………………… **DATE DE DEBUT D’ACTIVITE :** ……………………  **ADRESSE D’IMPLANTATION DU SIEGE SOCIAL :** …………………………………………………………………………………..…………………………………..…………….  TELEPHONE :……………………………………………………………………………………….…….  Email : ……………………………………………………………………………………………………..  ADRESSE(S) D’IMPLANTATION DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DES MOYENS D’EXPLOITATION :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………..  **NATURE DE L’IMPOT POUR LEQUEL L’ALLEGEMENT EST DEMANDE :**  IMPOT SUR LES SOCIETES : ……………………………………………………………………………………….…..  IMPOT SUR LE REVENU : …………………………………………………………………………………………...  AUTRES IMPOTS (PRECISER) : …………………………………………………………………………………….……..  **REGIME D’IMPOSITION :** ………………………………………………………………………………………………………..………….  **MICRO-ENTREPRISES (2) :** …..……………………………………………………………………………………………………………….  POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES NON COMMERCIAUX : DECLARATION CONTROLEE :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………  POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX : REGIME REEL D’IMPOSITION :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

(1) A préciser, s’il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.

(2) Pour bénéficier des dispositions de l’article 44 sexies, l’entreprise doit opter pour un régime réel avant la date de dépôt de la première déclaration de résultats.

**II. NATURE ET CARACTERE DES ACTIVITES ENVISAGEES (1)**

|  |
| --- |
| **ACTIVITE QUI SERA EXERCEE A TITRE PRINCIPAL : (En situation d’activité mixte, l’activité prépondérante sera précisée.)** |
| Activité commerciale 🞎 Artisanale Industrielle 🞎 Non commerciale 🞎 Civile 🞎 Agricole 🞎  Préciser la nature de l’activité :  L’activité est-elle exercée de manière non sédentaire ? Oui 🞎 Non 🞎  En cas d’activité non commerciale, sera-t-elle exercée à titre habituel et constant ? Oui 🞎 Non 🞎  Effectif de salariés prévu :  ACTIVITE SECONDAIRE, préciser laquelle : ...................................................................................................... |

**III. CONDITIONS DE LA CREATION (1)**

|  |
| --- |
| L’entreprise sera-t-elle créée dans le cadre :  d’une concentration d’activités oui 🞎 non 🞎 fusion 🞎  d’une restructuration d’activités oui 🞎 non 🞎 scission 🞎  apport partiel d’actif 🞎  d’une acquisition oui 🞎 non 🞎  d’une location-gérance oui 🞎 non 🞎  d’un transfert géographique oui 🞎 non 🞎  d’une augmentation du potentiel productif oui 🞎 non 🞎  d’un changement de mode d’exploitation oui 🞎 non 🞎  d'un changement de l’organisation oui 🞎 non 🞎  d’une reprise d’activité préexistante oui 🞎 non 🞎  d’un contrat de partenariat (franchise ou autre)(2) oui 🞎 non 🞎  d’une cession de licence oui 🞎 non 🞎  de l’implantation en France d’un établissement stable d’une entreprise étrangère oui 🞎 non 🞎  L’activité de l’entreprise à créer prolonge-t-elle celle d’une entreprise préexistante ?  oui 🞎 non 🞎  Existe-t-il une communauté d’intérêts avec une ou plusieurs entreprises préexistantes  (liens personnels, financiers et commerciaux) ? oui 🞎 non 🞎  Si la réponse est positive : l’activité est-elle identique à celle de l’entreprise préexistante ?   oui 🞎 non 🞎  Y aura-t-il reprise de tout ou partie du personnel, des locaux, du matériel de production  ou de la clientèle d’une entreprise préexistante ? oui 🞎 non 🞎  Envisagez-vous d'exercer votre activité en sous-traitance oui 🞎 non 🞎  (dans l'affirmative, indiquer de quelle(s) entreprise(s))  **Pour les entreprises situées dans le secteur du bâtiment :**  Envisagez-vous de reprendre des chantiers commencés par d'autres entreprises ?   oui 🞎 non 🞎  (dans l'affirmative, préciser le nom de ces entreprises)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………. |

(1) A préciser, s’il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.

(2) Joindre une copie du contrat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV. POUR UNE SOCIETE, PRECISER LES CONDITIONS DE DETENTION DU CAPITAL (3)** | | |
| **DETAIL DES PARTICIPATIONS DES ASSOCIES** | | |
| Nom et prénom ou raison sociale des associés | Adresse | Pourcentage de détention du capital |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FONCTIONS EXERCEES DANS D’AUTRES SOCIETES OU ENTREPRISES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE INTERESSE)** - à remplir obligatoirement. Si la société n’est pas concernée, rayer le cadre | | | |
| Nom et prénom de l'associé | Dénomination sociale de la société ou nom de l'entreprise; adresse | Fonctions | Activité exercée par la société ou l'entreprise |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(3) Si les cadres sont insuffisants, continuer sur des états joints en annexe.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| •**CAPITAL DETENU PAR LES ASSOCIES PERSONNES PHYSIQUES ET LES MEMBRES DU FOYER FISCAL DANS D'AUTRES SOCIETES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE ET MEMBRE DU FOYER FISCAL INTERESSE)** – à remplir obligatoirement. Si la société n’est pas concernée, rayer le cadre | | | | | | | |
| Nom et prénom de l’associé et du (des) membres du foyer fiscal | Sociétés : dénomination ; adresse | Montant du capital social | Activité exercée par la société | Capital détenu(4) | | | |
| Droits de vote | | Droits à dividendes | |
| Nombre | % | Nombre | % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(4) Si le pourcentage de capital détenu a fait l’objet de modifications au cours de l’année de création de l’entreprise nouvelle, indiquer le montant de capital détenu le plus élevé.

**V. AUTRES ELEMENTS NECESSAIRES POUR PERMETTRE A L’ADMINISTRATION D’APPRECIER SI LES CONDITIONS REQUISES PAR LA LOI POUR BENEFICIER DE L’EXONERATION SONT EFFECTIVEMENT REMPLIES**

|  |
| --- |
| **ACTIVITES EXERCEES PRECEDEMMENT PAR LE CHEF D’ENTREPRISE OU PAR LES DIRIGEANTS DE LA SOCIETE NOUVELLEMENT CREEE :** |
| **NATURE, LIEU, PERIODE :**  Nom (ou raison sociale) et adresse de l'entreprise :  Existe-t-il des relations juridiques ou d'intérêt entre votre entreprise et celle de votre ancien employeur (si oui, indiquer lesquelles) ?  Si l’entreprise a cessé partiellement ou totalement son activité, préciser à quelle date :  Si l’entreprise a cessé partiellement son activité, préciser la partie de l’activité qui a cessé :  **APPORTER ICI TOUTE AUTRE PRECISION UTILE :** |

A.......................................................... , le..................................

Certifié complet, exact et sincère

Signature (et qualité du signataire)

Cette demande doit être renvoyée en recommandé avec demande d'avis de réception ou remise contre décharge à :

DIRECTION DEPARTEMENTALE (ou REGIONALE) DES FINANCES PUBLIQUES

A L’ATTENTION DU CORRESPONDANT AUX ENTREPRISES NOUVELLES

(ADRESSE)