

## 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'APPU**

## 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**
- 12 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **ANCIEN ETABLISSEMENT** :  Siège  Siège-Etablissement principal  
 Etablissement principal  Secondaire  Premier établissement en France d'une société étrangère  
**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**
- 13 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **ADRESSE** : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune.....  
**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 MODIFIE** : Présence de salarié  Oui  Non  
**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).....  
 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.

<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>	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 :	<b>SIGNATURE</b> Déclaration N°  Signer chaque feuillet séparément
--	--	--

## 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  
 13 | | | | | | | | ADRESSE : rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit..... Code postal | | | | | Commune.....  
 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