

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

**AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE****ACTIVITE COMMERCIALE, ARTISANALE, LIBERALE**

**VOUS NE BENEFICIEZ DE CE REGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTÉ POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL**

1 Avez-vous déjà exercé une activité non salariée  oui  non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification \_ \_ \_ \_ \_

**IDENTITE**

2 **NOM DE NAISSANCE** ..... 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 pacté salarié  Conjoint ou pacté collaborateur pour celui-ci préciser ci-dessous

Nom de naissance ..... Nom d'usage ..... Prénoms .....  
 Né(e) le \_ \_ \_ \_ \_ Dépt. \_ \_ \_ \_ Commune / Pays ..... Nom d'usage ..... Prénoms .....

4 **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

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

**ACTIVITE**

5 **Vous exercez votre activité à :**  Votre domicile personnel, passez 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  Autre .....

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

**7 VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE**  
 Option de versement  trimestriel  mensuel des cotisations

**VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE** \_\_\_\_\_  
 Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie  oui  non  
 Pour le conjoint ou pacsé collaborateur, indiquer son N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

**ASSURANCE MALADIE - Régime actuel :**  Régime général  Agricole  Non salarié non agricole  Autre.....  
 Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés.....N° \_\_\_\_\_  
 Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle : ..... Dépt. \_\_\_\_\_ Commune..... Date de cessation \_\_\_\_\_  
 Resterez-vous simultanément :  Salarié  Salarié agricole  Retraité / Pensionné  Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT						Suite sur intercalaire(s) PO'		
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) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le
			oui	non				

**OPTION(S) FISCALE(S)**

**8 VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ( BIC ou Spécial BNC)**  
 Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu calculé sur le chiffre d'affaires ou les recettes

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**9 OBSERVATIONS :**

**10 ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° ....  Autre : ..... Code postal \_\_\_\_\_ Commune.....  
 Tél..... Tél.....  
 Fax / mél.....

Le présent document constitue une 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.

**11  LE DECLARANT Désigné au cadre 2**

Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à..... Le..... Nombre d'intercalaire(s) PO' Formulaire ACCRE : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SIGNATURE</b>
---	------------------