

Imprimer

Réinitialiser

## DÉCLARATION DE MODIFICATION(S)

ENTITÉS DE DROIT PRIVÉ NE RELEVANT PAS DES FORMALITÉS D'ENTREPRISES :  
Association, fonds de dotation, fondation, syndicat de copropriété,  
comité d'entreprise, organisme professionnel, etc.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION  
M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le JJMMMAIAIAIA

Transmise le JJMMMAIAIAIA

REMPILIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 19, 21 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIÉES en indiquant la date de l'évènement

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

## RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION JJMMMAIAIAIA  
Le cas échéant,  IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE \_\_\_\_\_  
 3 Dénomination / Sigle \_\_\_\_\_  
 Forme juridique \_\_\_\_\_  
 Siège ou adresse de l'entité :  
 Rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

## Date DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE L'ENTITÉ

- 4 JJMMMAIAIAIA DÉNOMINATION \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA Sigle \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA Forme juridique \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA Durée de l'entité JJ an(s)  
 JJMMMAIAIAIA Date de clôture de l'exercice social JJJJJJ jour, mois  
 5 JJMMMAIAIAIA Capital : montant, unité monétaire \_\_\_\_\_  
 6 JJMMMAIAIAIA  FUSION  SCISSION  
 7 JJMMMAIAIAIA MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ  
 8 JJMMMAIAIAIA DISSOLUTION Préciser si :  Cessation de l'activité  Poursuite de l'activité  
 Indiquer le liquidateur au cadre 16  
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 10  
 Nom du support d'annonces légales \_\_\_\_\_ Date de parution JJMMMAIAIAIA  
 Adresse de liquidation :  Siège  Adresse du liquidateur  Autre \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 9 Cette demande concerne :  OUVERTURE  FERMETURE  MODIFICATION  TRANSFERT  
 Date ÉTABLISSEMENT TRANSFÉRÉ OU FERMÉ  
 10 JJMMMAIAIAIA ANCIEN ÉTABLISSEMENT :  Siège  Siège-Établissement principal  
 Établissement principal  Secondaire  
 Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit (si différente du cadre 2) \_\_\_\_\_  
 Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne 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 de fin d'emploi du dernier salarié : date JJMMMAIAIAIA Suite sur M'.

## Date ÉTABLISSEMENT CRÉÉ OU MODIFIÉ

- 11 JJMMMAIAIAIA Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
 L'ÉTABLISSEMENT DEVIENT :  Siège  Siège-Établissement principal  Établissement principal  Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)  
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_  
 N° unique d'identification JJMMMAIAIAIA  
 siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire  
 POUR UN ÉTABLISSEMENT MODIFIÉ : Présence de salarié  Oui  Non  
 POUR UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ : 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

12 **ACTIVITÉ**  Permanente  Saisonnière /  Ambulante  
 Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Indiquez la plus importante : \_\_\_\_\_  
 Indiquez la nature de l'activité la plus importante  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
**En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :**  
 Adjonction (ajout) d'activité  
 Suppression partielle d'activité par :  Disparition  Vente  
 Autre, préciser \_\_\_\_\_

13 **ENSEIGNE** \_\_\_\_\_

14 **ORIGINE DE L'ACTIVITE :**  
 Création, passer au cadre suivant  Reprise  
**Précédente entité : N° unique d'identification** \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
**Précédente entité : N° unique d'identification** \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

15 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :**  
 Date d'embauche du 1<sup>er</sup> salarié \_\_\_\_\_  
 Effectif salarié de l'entité \_\_\_\_\_ dont : \_\_\_\_\_ apprentis \_\_\_\_\_ VRP

**DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GÉNÉRAL D'ENGAGER L'ENTITÉ  
 AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTRÔLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3**

16 **POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION**  Nouveau  Partant remplir 17  
 Modification situation personnelle  Maintenu ancienne qualité  
**QUALITÉ**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

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

17  PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

16 bis **POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION**  Nouveau  Partant remplir 17 bis  
 Modification situation personnelle  Maintenu ancienne qualité  
**QUALITÉ**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

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

17 bis  PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_ **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

18 **OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

19 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
 Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

20 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

**Le présent document 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.**

21  **LE REPRÉSENTANT LÉGAL**  
 **LE MANDATAIRE** ayant procuration  
 **AUTRE PERSONNE** justifiant d'un intérêt  
 Nom, prénom / dénomination et adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_  
 Nombre d'intercalaire(s) M3 : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Signer chaque feuillet séparément**

Imprimer

Réinitialiser

# DÉCLARATION DE MODIFICATION(S)

**ENTITÉS DE DROIT PRIVÉ NE RELEVANT PAS DES FORMALITÉS D'ENTREPRISES :**  
 Association, fonds de dotation, fondation, syndicat de copropriété,  
 comité d'entreprise, organisme professionnel, etc.

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**  
 M G U I D B E F K T

Déclaration n°

Reçue le JJMMMAIAIAIA

Transmise le JJMMMAIAIAIA

**REMPILIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 19, 21 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIÉES en indiquant la date de l'évènement**

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

## RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

- 2 **N° UNIQUE D'IDENTIFICATION** JJMMMAIAIAIA  
 Le cas échéant,  IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE \_\_\_\_\_
- 3 **Dénomination / Sigle** \_\_\_\_\_
- Forme juridique \_\_\_\_\_  
**Siège ou adresse de l'entité :**  
 Rés., bât., n°, voie, lieu-dit \_\_\_\_\_  
 Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne commune \_\_\_\_\_

## Date DÉCLARATION RELATIVE À LA MODIFICATION DE L'ENTITÉ

- 4 JJMMMAIAIAIA **DÉNOMINATION** \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA Sigle \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA **Forme juridique** \_\_\_\_\_  
 JJMMMAIAIAIA **Durée de l'entité** JJ an(s)  
 JJMMMAIAIAIA Date de clôture de l'exercice social JJJJJJ jour, mois
- 5 JJMMMAIAIAIA **Capital : montant, unité monétaire** \_\_\_\_\_
- 6 JJMMMAIAIAIA  FUSION  SCISSION
- 7 JJMMMAIAIAIA **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITÉ**
- 8 JJMMMAIAIAIA **DISSOLUTION** Préciser si :  Cessation de l'activité  Poursuite de l'activité  
**Indiquer le liquidateur au cadre 16**  
 Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 10  
 Nom du support d'annonces légales \_\_\_\_\_ Date de parution JJMMMAIAIAIA  
 Adresse de liquidation :  Siège  Adresse du liquidateur  Autre \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION RELATIVE À UN ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

- 9 Cette demande concerne :  OUVERTURE  FERMETURE  MODIFICATION  TRANSFERT
- Date **ÉTABLISSEMENT TRANSFÉRÉ OU FERMÉ**
- 10 JJMMMAIAIAIA **ANCIEN ÉTABLISSEMENT :**  Siège  Siège-Établissement principal  
 Établissement principal  Secondaire  
**Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit** (si différente du cadre 2) \_\_\_\_\_  
 Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
 Le cas échéant, ancienne 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 de fin d'emploi du dernier salarié : date JJMMMAIAIAIA Suite sur M'.
- Date **ÉTABLISSEMENT CRÉÉ OU MODIFIÉ**
- 11 JJMMMAIAIAIA **Adresse : rés., bât., n°, voie, lieu-dit** \_\_\_\_\_ Code postal JJMMMAIAIAIA Commune \_\_\_\_\_  
**L'ÉTABLISSEMENT DEVIENT :**  Siège  Siège-Établissement principal  Établissement principal  Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)  
 Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire \_\_\_\_\_  
 N° unique d'identification JJMMMAIAIAIA  
 siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire
- POUR UN ÉTABLISSEMENT MODIFIÉ :** Présence de salarié  Oui  Non  
**POUR UN ÉTABLISSEMENT CRÉÉ :** 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

12 **ACTIVITÉ**  Permanente  Saisonnière /  Ambulante  
 Activité(s) exercée(s) dans l'établissement : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Indiquez la plus importante : \_\_\_\_\_  
 Indiquez la nature de l'activité la plus importante  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
**En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :**  
 Adjonction (ajout) d'activité  
 Suppression partielle d'activité par :  Disparition  Vente  
 Autre, préciser \_\_\_\_\_

13 **ENSEIGNE** \_\_\_\_\_

14 **ORIGINE DE L'ACTIVITE :**  
 Création, passer au cadre suivant  Reprise  
**Précédente entité : N° unique d'identification** \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
**Précédente entité : N° unique d'identification** \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance / Dénomination \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GÉNÉRAL D'ENGAGER L'ENTITÉ  
 AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTRÔLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES Suite sur les intercalaires M3**

16 **POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION**  Nouveau  Partant remplir 17  
 Modification situation personnelle  Maintenu ancienne qualité  
**QUALITÉ**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

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

17  PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

16 bis **POUR DÉCLARATION DE MODIFICATION**  Nouveau  Partant remplir 17 bis  
 Modification situation personnelle  Maintenu ancienne qualité  
**QUALITÉ**  
 Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

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

17 bis  PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique \_\_\_\_\_

**Date RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

18 **OBSERVATIONS :** \_\_\_\_\_

19 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise**  Déclarée au cadre n° \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
 Tél. \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
 Télécopie / courriel \_\_\_\_\_

20 Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

**Le présent document 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.**

21  **LE REPRÉSENTANT LÉGAL**  
 **LE MANDATAIRE** ayant procuration  
 **AUTRE PERSONNE** justifiant d'un intérêt  
 Nom, prénom / dénomination et adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_  
 Nombre d'intercalaire(s) M3 : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Signer chaque feuillet séparément**