



**Chambre de Métiers  
et de l'Artisanat**

Val d'Oise

CENTRE DE FORMALITES DES ENTREPRISES

### Immatriculation d'une SARL ou EURL

Documents à fournir

#### Pour le (s) gérant (s) :

**Nationalité française ou nationalité pays de l'Espace Economique Européen**

2 photocopies recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité,

**Nationalité étrangère hors Europe :**

2 photocopies recto-verso du titre de séjour de 10 ans en cours de validité  
OU titre de séjour temporaire autorisant l'exercice d'une activité industrielle commerciale ou artisanale,  
ou vie privée et familiale,  
ou toute activité professionnelle.

2 déclarations sur l'honneur de non-condamnation avec filiation signées en original,

Attestation de suivi de stage de préparation à l'installation ou justificatif d'une dispense de stage au nom du gérant,

Si gérant majoritaire : choix de l'organisme conventionné au titre de l'assurance maladie artisanale (liste au CFE) + numéro d'assuré social.

Pour les mandataires : procuration du dirigeant + carte d'identité du mandataire.

#### Actes de Constitution :

2 exemplaires des statuts originaux ou copies certifiées conformes par le gérant signés,

2 exemplaires originaux ou 2 copies certifiées conformes de l'acte de nomination du ou des gérants, signés,

Si apports en numéraire dans le capital social : photocopie de l'attestation bancaire concernant le dépôt de ce capital,

Si apports en nature supérieurs à 50 % : 1 exemplaire du rapport du Commissaire aux Apports,

Journal d'annonces légales publiant l'avis de constitution de la société ou l'attestation de parution délivrée par le journal avec copie de l'annonce.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
Liberté - Égalité - Fraternité

CHAMBRE DE MÉTIERS ET DE L'ARTISANAT DU VAL D'OISE

Activité spécifique réglementée : pièce à fournir :

Siège : 1 avenue du Parc - 95015 Cergy Pontoise Cedex - Tél. : +33 1 34 35 80 00 - Télécopie : +33 1 34 35 80 49 - courriel : info@cma95.fr  
Site de Villiers-le-Bel : 3 rue Louis Perrein - 95400 Villiers-le-Bel - Tél. : +33 1 39 33 78 00 - Télécopie : +33 1 39 33 78 09 - courriel : info.vlb@cma95.fr  
Internet : www.cma95.fr



**Chambre de Métiers  
et de l'Artisanat**

Val d'Oise

**Activité soumise à condition de qualification professionnelle** au sens de la loi n°96-603 du 5 juillet 1996 = remplir l'imprimé cerfa JQPA + joindre les justificatifs relatifs à la qualification professionnelle (voir circulaire jointe)

- **Demande de l'aide à la création et à la reprise d'une entreprise (ACCRE) :** dossier joint.

**Pour le siège social (selon le cas) :**

Création de fonds :

\* **Si domicile personnel du gérant :** 2 photocopies d'un justificatif de l'adresse personnelle de moins de trois mois au nom du dirigeant (pas de facture de téléphone portable).

\* **Si local :** 2 photocopies du bail commercial ou contrat de location signé.

Location gérance :

2 photocopies du contrat de location gérance enregistré par le service des Impôts des Entreprises (si durée du contrat limitée),

Journal d'annonces légales ayant publié la mise en location gérance du fonds ou attestation de parution.

Achat de fonds :

2 photocopies de l'acte **définitif** de l'achat du fonds daté et signé,

**Imprimé cerfa à remplir :** M0

**Si gérant majoritaire :** imprimé cerfa TNS

REDEVANCES

Chambre de Métiers et de l'Artisanat ..... €  
(Règlement à l'ordre de la Chambre de Métiers et de l'Artisanat)

Greffe du Tribunal de Commerce : .....€  
(Chèque à l'ordre du Greffe du Tribunal de Commerce)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
Liberté - Égalité - Fraternité

CHAMBRE DE MÉTIERS ET DE L'ARTISANAT DU VAL D'OISE

Siège : 1 avenue du Parc - 95015 Cergy Pontoise Cedex - Tél. : +33 1 34 35 80 00 - Télécopie : +33 1 34 35 80 49 - courriel : info@cma95.fr  
Site de Villiers-le-Bel : 3 rue Louis Perrein - 95400 Villiers-le-Bel - Tél. : +33 1 39 33 78 00 - Télécopie : +33 1 39 33 78 09 - courriel : info.vlb@cma95.fr  
Internet : www.cma95.fr

Décret n° 97-23 du 13 janvier 1997

ANNEXE N°3

MO

DECLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT



SARL, SELARL y compris à associé unique  
sauf activité agricole

Déclaration n°.....  
Reçue le.....  
Transmise le.....

Imprimer Réinitialiser

N° 11680\*03

- SARL  SELARL  LA SOCIETE EST CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE  
 LA SOCIETE A RESPONSABILITÉ LIMITÉE EST CONSTITUÉE SANS EXERCER L'ACTIVITÉ

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 Et le cas échéant n° 3, 6, 7, 8, 13B, 14, 14B, 15, 16, 18 Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 5 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 11)

DECLARATION RELATIVE A LA SOCIETE

2 DENOMINATION.....  
Sigle..... Durée de la personne morale.....  
Capital..... Si capital variable, *minimum*.....  
Date de clôture de l'exercice social [ ] [ ] [ ] [ ] le cas échéant, du 1<sup>er</sup> exercice [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Statut légal particulier.....  
 Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS) (cf. notice).

4 ADRESSE DU SIEGE Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....  
Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....  
Préciser s'il est fixé :  
 Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire  
 Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Nom du domiciliaire.....

3 UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE CONSTITUÉE D'UN ASSOCIÉ UNIQUE  
Dans le cas où le gérant est l'associé unique, choix des statuts déposés :  
 Statuts types complétés sans modification  Statuts différents  
CONTRAT D'APPUI : Date de fin du contrat [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appui [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Dénomination..... Siège.....  
Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

5 ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social :  
.....  
6  La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO'

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe *sinon remplir imprimé M2*  
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit.....  
Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

10 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE  
ORIGINE DE L' ACTIVITE LIBERALE  Création, passer au cadre 11  Reprise  
Précédent exploitant : N° unique d'identification [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Nom de naissance / Dénomination.....  
Nom d'usage..... Prénoms.....

8 NOM COMMERCIAL.....  
ENSEIGNE.....

ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL  
 Création, passer au cadre 11  Achat  Apport  
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 : .....  
Précédent exploitant : N° unique d'identification [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Nom de naissance / Dénomination.....  
Nom d'usage..... Prénoms.....

9 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Permanente  Saisonnière /  Ambulant  
Activité principale exercée dans l'établissement : .....  
Autre(s) activité(s) : .....

Location-gérance  Gérance-mandat  Autre.....  
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.....

Pour l'activité principale, préciser en ne cochant qu'une seule case s'il s'agit de :  
 Commerce de détail en magasin (surface : m<sup>2</sup>)  Commerce de détail sur marché  
 Commerce de détail sur Internet  Fabrication, production  Bâtiment, travaux publics  
 Commerce de gros  Autre précisez.....

11 EFFECTIF SALARIE / ASSIMILE :  non  oui, nombre [ ] [ ] dont : [ ] [ ] apprentis  
La société embauche un premier salarié  oui  non

12 GERANCE :  MAJORITAIRE La gérance est assurée par  UN TIERS NON ASSOCIE  
 MINORITAIRE / EGALITAIRE dans ce cas, une société est associée  oui  non

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Imprimer Réinitialiser

**DECLARATION RELATIVE AUX GERANTS** Suite des dirigeants sur intercalaire(s) M0  
 A compléter par le volet social TRIS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

**13 GERANT: Nom de naissance**.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
 Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt. / Pays.....  
 Nationalité.....  
 Domicile.....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

**14 GERANT: Nom de naissance**.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
 Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt. / Pays.....  
 Nationalité.....  
 Domicile.....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

**13B POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :**  
 SALARIE  
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)  
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

**CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR**  
 Nom de naissance.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
 Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt. / Pays.....  
 Nationalité.....  
 Domicile (si différent du gérant).....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

**14B POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :**  
 SALARIE  
 ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS)  
 COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique

**CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR**  
 Nom de naissance.....  
 Nom d'usage..... Prénoms.....  
 Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt. / Pays.....  
 Nationalité.....  
 Domicile (si différent du gérant).....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

**15 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

**PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GERANT** Suite sur Intercalaire M0

**16** Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus  oui  non Nom de naissance..... Nom d'usage.....  
 Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dépt. [ ] [ ] Commune / Pays..... Nationalité.....  
 Domicile..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

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

**17** Bénéfices Non Commerciaux (BNC)  Déclaration contrôlée Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC)  Réel simplifié  Réel normal Impôt sur les Sociétés (IS)  Réel simplifié  Réel normal

OPTIONS PARTICULIERES :  Assujettissement à IS  Régime des sociétés de personnes

T.V.A. :  Franchise en base  Réel simplifié  Mini-réel  Réel normal  Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.  
 Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 €/an

En cas d'enregistrement préalable des statuts :  
 Lieu du service des impôts des entreprises (SIE)  
 Date d'enregistrement [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

**18 OBSERVATIONS :**

**19** ADRESSE de correspondance  Déclarée au cadre n° ---  Autre : ..... Tél..... Tél.....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune..... Télécopie / courriel.....

**Le présent document constitue une demande d'immatriculation 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 inexacts ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.**

**20**  LE REPRESENTANT LEGAL déclaré au cadre N°.....  
 LE MANDATAIRE ayant procuration  
 nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés  
 Fait à.....  
 Le.....  
 Nombre d'intercalaire(s) : M0' : ... NDI : ...  
 de volet(s) TNS : ... JOPA : ...  
 Nombre d'imprimé(s) ACCRE : .....

**SIGNATURE**  
  
Signer chaque feuillet séparément

La loi n° 79-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

MO

DECLARATION DE CONSTITUTION D'UNE SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE

RESERVE AU CFE MGUIDBEKFT



SARL, SELARL y compris à associé unique
sauf activité agricole

Déclaration n°
Reçue le
Transmise le

Imprimer Réinitialiser

N° 11690\*03

- 1 SARL SELARL LA SOCIETE EST CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE
LA SOCIETE A RESPONSABILITE LIMITEE EST CONSTITUEE SANS EXERCER L'ACTIVITE

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement les cadres N° 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 Et le cas échéant n° 3, 6, 7, 8, 13B, 14, 14B, 15, 16, 18
Pour les sociétés qui n'exercent pas d'activité, ne pas omettre le cadre 5 (Ne pas remplir les cadres 7, 8, 9, 10, 12)

DECLARATION RELATIVE A LA SOCIETE

2 DENOMINATION
Sigla
Durée de la personne morale
Capital
Date de clôture de l'exercice social
Statut légal particulier
Adhésion de la société aux principes de l'économie sociale et solidaire (ESS)
3 UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE CONSTITUEE D'UN ASSOCIE UNIQUE
Statuts types complétés sans modification
Statuts différents
CONTRAT D'APPEL
N° unique d'identification de la personne morale responsable de l'appel
Dénomination

4 ADRESSE DU SIEGE Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit
Code postal
Commune
Préciser s'il est fixé :
Au domicile du gérant, ne cocher que si elle est dans le cadre de la domiciliation provisoire
Dans une entreprise de domiciliation : N° unique d'identification
Nom du domiciliaire
5 ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S) parmi celles énumérées dans l'objet social
6 La société résulte d'une fusion / scission : indiquer la liste sur l'intercalaire MO

DECLARATION RELATIVE A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

7 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège et relevant du même greffe sinon remplir Imprimé M2
Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit
Code postal
Commune
8 NOM COMMERCIAL
ENSEIGNE
9 DATE DE DEBUT D'ACTIVITE
Permanente Saisonnière / Ambulant
Activité principale exercée dans l'établissement
Autre(s) activité(s)

10 ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE
ORIGINE DE L'ACTIVITE LIBERALE
Création, passer au cadre 11 Reprise
Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage
Prénoms
ORIGINE DU FONDS DE COMMERCE OU ARTISANAL
Création, passer au cadre 11 Achat Apport
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
Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage
Prénoms
Location-gérance Gérance-mandat Autre
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

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Imprimer Réinitialiser

**DECLARATION RELATIVE AUX GERANTS**

Suite des dirigeants sur intercalaire(s) M0

A compléter par le volet social TNS pour le gérant associé majoritaire ou le gérant associé unique ou l'associé unique (voir notice)

13	<b>GERANT: Nom de naissance</b> Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt / Pays..... Nationalité..... Domicile..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....	14	<b>GERANT: Nom de naissance</b> Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt / Pays..... Nationalité..... Domicile..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....
13B	<b>POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :</b> <input type="checkbox"/> SALARIE <input type="checkbox"/> ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS) <input type="checkbox"/> COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique  <b>CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR</b> Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt / Pays..... Nationalité..... Domicile (si différent du gérant)..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....	14B	<b>POUR LE CONJOINT marié ou pacsé qui travaille régulièrement dans l'entreprise, choix d'un statut :</b> <input type="checkbox"/> SALARIE <input type="checkbox"/> ASSOCIE (le conjoint d'un gérant majoritaire doit remplir un imprimé TNS) <input type="checkbox"/> COLLABORATEUR uniquement si gérance majoritaire y compris gérant associé unique  <b>CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ COLLABORATEUR</b> Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt / Pays..... Nationalité..... Domicile (si différent du gérant)..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

15

**PERSONNE AYANT LE POUVOIR D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUTRE QUE LE GERANT**

Suite sur intercalaire M0

16 Son pouvoir est limité à l'établissement déclaré ci-dessus  oui  non Nom de naissance..... Nom d'usage.....  
 Prénoms..... Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à ..... Dépt [ ] [ ] [ ] Commune / Pays..... Nationalité.....  
 Domicile..... Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune.....

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

17

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

18 **OBSERVATIONS :**

19 **ADRESSE de correspondance**  Déclarée au cadre n° --  Autre : ..... Tél..... Tél.....  
 Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] Commune..... Télécopie / courriel.....

Le présent document constitue une demande d'immatriculation au RCS, RH, 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.

20 <input type="checkbox"/> LE REPRESENTANT LEGAL déclaré au cadre N°..... <input type="checkbox"/> LE MANDATAIRE ayant procuration nom, prénom / dénomination et adresse	Certifie l'exactitude des renseignements donnés Fait à..... Le..... Nombre d'intercalaire(s) : M0 : ..... NDI : ..... de vote(s) TNS : ..... JQPA : ..... Nombre d'imprimé(s) ACCRE : .....	SIGNATURE   Signer chaque feuillet séparément
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire.

