

Merci de bien vouloir fournir les renseignements demandés qui ont un caractère obligatoire. Vous éviterez ainsi les relances des organismes destinataires.

QUELQUES DEFINITIONS ET CONSIGNES DE REMPLISSAGE

1	EN CAS DE REPRISE D'ACTIVITÉ : Rappel du numéro unique d'identification (n° SIREN) antérieurement attribué par l'INSEE.
DECLARATION RELATIVE A LA PERSONNE	
2	NOM DE NAISSANCE : nom figurant sur les actes d'état civil et papiers d'identité (appelé aussi nom patronymique, nom de famille). NOM D'USAGE : il doit être indiqué uniquement s'il est différent du nom de naissance et effectivement utilisé. Il peut être soit les noms accolés des deux parents, soit pour les personnes mariées, le nom de naissance suivi ou précédé du nom du conjoint ou le seul nom de l'autre époux. PAYS : à mentionner si le domicile, le lieu de naissance est à l'étranger.
DECLARATION RELATIVE A L'EXPLOITATION	
3	LIEU de l'exploitation : lieu où s'exerce la direction de l'exploitation s'il n'y a pas de bâtiments, indiquer la commune où se trouve principalement les moyens de production. L'établissement est une unité de l'exploitation disposant d'une certaine autonomie, sans être dotée d'une personnalité juridique. Un établissement est caractérisé par une adresse particulière et un centre de décision propre. La création d'une telle unité au sein de l'entreprise donne lieu à une déclaration P2 agricole. En revanche l'agrandissement d'une exploitation par adjonction de terres ou de bâtiments n'a pas à être déclaré au CFE si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies.
4	ACTIVITE : Cocher la case à l'activité que vous considérez comme la plus importante. Elle déterminera votre code APE (activité principale exercée) attribué par l'INSEE.
4 Bis	Nom de l'exploitation : appellation sous laquelle est exercée l'activité si ce nom est différent du nom de naissance ou d'usage.
DECLARATION SOCIALE	
7	VOTRE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : Indiquer dans ce cadre le numéro qui vous a été déjà attribué (voir carte d'assuré social VITALE) ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE : l'exploitant agricole choisit librement l'organisme d'assurance maladie obligatoire (cocher la case correspondante) qui effectuera le remboursement de ses frais de soins et l'encaissement de ses cotisations. Le choix s'effectuera entre la MSA, le GAMEX et pour le département 50 GROUPAMA. Pour l'assurance vieillesse, la MSA restera votre interfocuteur. Si vous avez des aides familiaux ou associés d'exploitation, remplir un imprimé Nsp agricole pour chacun d'eux.
OPTION(S) FISCALE(S)	
8	Certaines activités de nature agricole peuvent être imposables dans la catégorie des BIC, des BNC ou être soumises uniquement au régime général de la TVA. A noter qu'une activité relevant des BIC ou des BNC est obligatoirement soumise au régime général de la TVA. Pour choisir vos options, vous pouvez vous aider des notices fiscales n° 974A ou n° 974. Le choix peut être modifié jusqu'au dépôt de la première déclaration.
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	
9	OBSERVATIONS : permet de préciser une situation particulière. 10 ADRESSE DE CORRESPONDANCE : Indiquez les coordonnées postale, téléphonique, électronique où vous souhaitez être joint.

DECLARATION SOCIALE

VOTRE N° DE SECURITE SOCIALE _____ **Etes-vous déjà connu de la MSA dans le département du lieu d'exploitation** oui non
Si vous êtes déjà connu de la MSA au titre de salarié agricole, aide familial, ayant droit, membre d'une société, ne remplir que les mentions non déjà déclarées à votre caisse. Si non, remplir l'intégralité de la déclaration sociale.

Votre régime d'assurance maladie actuel : Régime général agricole Non salarié non agricole Autre préciser _____
Organisme d'Assurance maladie choisi : MSA GAMEX MSA GAMEX Pour le dépt. 50, option supplémentaire GROUPAMA
Resterez-vous simultanément Salarié du régime général Salarié agricole Non salarié non agricole Lieu d'exercice : dépt. _____ si à l'étranger : pays _____
 Retraité Pensionné d'invalidité Autre _____ indiquer l'organisme qui sert la pension _____
Avez-vous déposé une demande d'exonération de charges sociales liée à la création d'entreprise oui non
Êtes-vous bénéficiaire de la dotation jeune agriculteur oui non demande en cours
 Votre conjoint demande à bénéficier du statut de conjoint collaborateur.
Votre conjoint, ou concubin est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie oui non

PERSONNES DEMANDANT A BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT (ayant droit) Suite sur intercalaire(s) P0'

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale ou, à défaut, date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé	Nationalité	Pour les étrangers de plus de 18 ans (sauf Union Européenne) N° du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION(S) FISCALE(S)

REGIME D'IMPOSITION DES BENEFICES AGRICOLES : Forfait
 Remboursement forfaitaire agricole Franchise en base
 Imposition obligatoire à la TVA (régime simplifié agricole)
Option volontaire pour l'assujettissement à la TVA
 sur l'ensemble des opérations réalisées (option globale)
 sur les opérations autres que les ventes d'animaux vivants de boucherie et de charcuterie (option restreinte)
Conditions de versement de la TVA
 Versements d'acomptes trimestriels avec régularisation annuelle (droit commun)
 Option pour des déclarations trimestrielles sur la base des recettes réalisées

Régime réel simplifié,
Régime réel normal,
Certaines activités de nature agricole peuvent être imposables dans la catégorie des BIC, des BNC ou être soumises uniquement au régime général de la TVA
B.N.C.: Régime spécial BNC **B.I.C.:** Micro Réel simplifié Réel normal
 Déclaration contrôlée
T.V.A. : Franchise en base Assujettissement à la TVA en cas d'opérations imposables sur option.
 Régime général Réel simplifié Option pour le dépôt d'une déclaration annuelle de régularisation portant sur l'exercice comptable.
 Mini-reel Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles, si TVA estimée inférieure à un plafond de 4 000 €/an.
 Réel normal

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

OBSERVATIONS : _____
ADRESSE de correspondance Domicile Lieu de l'exploitation Autre, dans ce cas préciser rés., bât., n°, voie, lieu dit _____
Code Postal _____ **Commune** _____
Téléphone(s) _____
Fax/e-mail _____

Le présent document vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE, et informations le cas échéant à l'EDE et au casier viticole
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales.

LE DECLARANT désigné au cadre 2
 LE MANDATAIRE nom, prénom/dénomination et adresse _____
 Certifie l'exactitude des renseignements donnés
 Fait à _____ le _____
 Nombre d'intercalaires P0': _____
SIGNATURE _____