



RCCM

2010 P1

## DECLARATION CI-ABJ-2016-A-18490



- ☒ D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE ou  
☐ D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE ou  
☐ DE REPRISE D'ACTIVITE

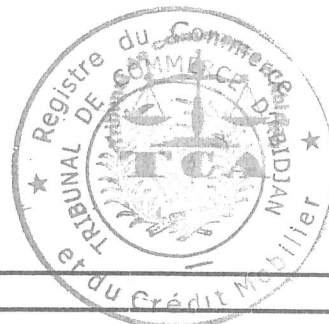
## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

- 1 NOM : **M. TRAORE** PRENOM(S) : **SIKA**  
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **25/12/1983 à KORO (Côte d'Ivoire)** NATIONALITE : **IVOIRIENNE**  
3 ADRESSE POSTALE : **05 BP 3451 ABJ 05**  
4 DOMICILE PERSONNEL  
VILLE : **ABIDJAN** QUARTIER : **TREICHVILLE**  
AUTRES PRECISIONS : (Téléphone) **09875837 05597586**  
5 COORDONNEES ELECTRONIQUES :  
SITUATION MATRIMONIALE : ☒ Célibataire ☐ Marié(e), ☐ Veuf(ve), ☐ Divorcé(e)

| Conjoint(s) | NOM - PRENOMS | DATE ET LIEU DU MARIAGE | OPTION MATRIMONIALE | REGIME MATRIMONIAL | CLAUSES RESTRICTIVES | DEMANDE EN SEPARATION DE BIENS |
|-------------|---------------|-------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------------------|
| Conjoint 1  | -----         | ----- (-----)           | -----               | -----              | -----                | -----                          |
| Conjoint 2  | -----         | ----- (-----)           | -----               | -----              | -----                | -----                          |
| Conjoint 3  | -----         | ----- (-----)           | -----               | -----              | -----                | -----                          |

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET L'ACTIVITE

- 6 NOM COMMERCIAL : (S'il y a lieu) **MOD'ELLE BOUTIQUE**  
SIGLE OU ENSEIGNE : (S'il y a lieu) **MOD'ELLE**  
7 ACTIVITE(S) EXERCEE (S) (préciser) : **Vente de vêtements et accessoires de mode**  
8 DATE DE DEBUT : **30/06/2016** N° RCCM (s'il y a lieu) : **CI-ABJ-2016-A-18490**  
9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) :  
**TREICHVILLE 05 BP 3451 ABJ 05**  
0 ORIGINE : ☒ Création, ☐ Achat, ☐ Prise en location gérance  
1 ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE NON ☒ OUI ☐  
NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :  
2 SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :  
DATE D'OUVERTURE :  
ADRESSE (géographique et postale) :  
ACTIVITE(S) (préciser) :



## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

- Exercice d'une précédente activité : NON ☒ OUI ☐ commerciale ☐ autre : (préciser)  
• Période: de (mois et année) ----- à ----- , Précédent N° RCCM (s'il y a lieu):  
• Nature de l'activité :  
• Principal établissement :  
• Etablissement (s) secondaire (s): N° RCCM (s'il y a lieu)  
• Adresse (géographique et postale) :

## AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE

- Nom : ----- Prénoms : -----  
Date, lieu de naissance : ----- Nationalité : -----  
Domicile : -----  
• Nom : ----- Prénoms : -----  
Date, lieu de naissance : ----- Nationalité : -----  
Domicile : -----

LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) **TRAORE SIKA**

Demande à ce que la présente constitue

- ☒ UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM  
☐ UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN ETABLISSEMENT SECONDAIRE  
☐ UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE  
☐ UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE

Fait à : **ABIDJAN**Le : **05 juillet 2016**

Signature du demandeur :

18:24:18

Pour toutes vérifications, adressez-vous au greffe - FAX: 22510379 ou au site du Tribunal de Commerce - [www.tribunalcommerceabidjan.org](http://www.tribunalcommerceabidjan.org)

16 Le greffier ou le responsable de l'organe compétent a reçu le formulaire sous le numéro **19675/2016** du registre chronologique des dépôts.

17 La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'article 44 de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :

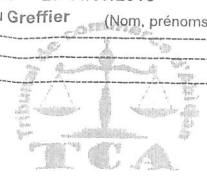
☒ **Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro CI-ABJ-2016-A-18490 et délivré un accusé d'enregistrement**

☐ Rejeté la demande au(x) motif(s)

Intercalaire (s) complétant la rubriques (s) n° (s) ☐ OUI ☒ NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : -----)

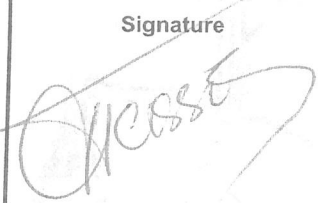
Fait, à **ABIDJAN** Le **11/07/2016** (JJ/MM/AAAA)

signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent :



**CISSE MAMADOU**  
Administrateur  
des Greffes et Parquets

**Signature**



(En cas de rejet de la demande par le greffier ou le responsable de l'organe compétent) Le demandeur atteste que le présent formulaire y compris le(s) intercalaire(s) y relatifs (s'il y a lieu) comportant les motifs du rejet de sa demande lui a été remis le JJ/MM/AAAA et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)

