



FORMULAIRE DE DEMANDE  
OU  D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE  
OU  D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE  DE REPRISE D'ACTIVITE



CI-ABG-023-A-714

RENSEIGNEMENTS RELATIFS  
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE

| 1  | NOM : <input checked="" type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle | KIMA   | , PRENOM(S)         | MARCEL              |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2  | DATE ET LIEU DE NAISSANCE :   | 01/01/1997 à DUFOREBO  | NATIONALITE :       | BURKINABÉ           |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  | ADRESSE POSTALE :   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  | DOMICILE PERSONNEL  | ABENGOUROU   | VILLE :             | QUARTIER :          |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AUTRES PRECISIONS :  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) : TEL : 07 09 52 38 63 / 05 46 18 85 44  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5  | SITUATION MATRIMONIALE :  | <input checked="" type="checkbox"/> Célibataire, <input type="checkbox"/> Marié(e), <input type="checkbox"/> Veuf(ve), <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><thead><tr><th>Conjoint(s)</th><th>Nom - Prénoms</th><th>Date et lieu du mariage</th><th>Option matrimoniale</th><th>Régime matrimoniale</th><th>Clauses restrictives</th><th>Demande en séparation de biens</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> |   |  |                     |                     |                      | Conjoint(s)                    | Nom - Prénoms | Date et lieu du mariage | Option matrimoniale | Régime matrimoniale | Clauses restrictives | Demande en séparation de biens |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conjoint(s)  | Nom - Prénoms   | Date et lieu du mariage  | Option matrimoniale | Régime matrimoniale | Clauses restrictives | Demande en séparation de biens |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |                     |                     |                      |                                |               |                         |                     |                     |                      |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| KIMA MARCEL  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  | NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :  |  |  |  |  |  |  |  |
| SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) : TRANSFERT, RETRAIT ET DEPOT D'ARGENT, TRANSFERT D'UNITES Et Une Librairie; |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  | ACTIVITE(S) EXERCEE(S) (preciser) :   |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  | DATE DE DEBUT :   | COURANT 2023                                   | N°RCCM (s'il y a lieu) : CI-ABG-2023-A-691 |  |  |  |  |  |
| 9  | ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (geographique et postale) :  | CUFFREBO TEL : 07 09 52 38 63 / 05 46 18 85 44 |  |  |  |  |  |  |
| 10   | ORIGINE : <input checked="" type="checkbox"/> Création, <input type="checkbox"/> Achat, <input type="checkbox"/> Prise en location gérance, |  |  |  |  |  |  |  |
| 11   | ETABLISSEMENT SECONDAIRE OU SUCCURSALE :  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 12   | DATE D'OUVERTURE :  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRESSE (geographique et postale) :  |   |  |  |  |  |  |  |  |
| ACTIVITE(S) (preciser) :   |   |  |  |  |  |  |  |  |

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

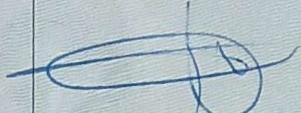
|   |  |
|---|--|
| 13  | Exerce d'une précédente activité : <input checked="" type="checkbox"/> NON<br><input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> commerciale <input type="checkbox"/> autre : (préciser) |
| • Période : de (mois et année) , à , Précédent N°RCCM (s'il y a lieu) : |  |
| • Nature de l'activité :  |  |
| • Principal établissement :   |  |
| • Etablissement (s) secondaire (s) : N°RCCM (s'il y a lieu) :           |  |
| • Adresse (geographique et postale) :                                   |  |



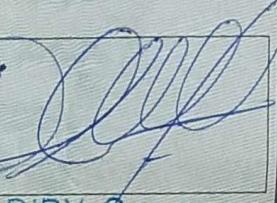
Mr DIRY Georges  
Administrateur  
des Greffes et Parquets

**AUTRES PERSONNES POUVANT ENGAGER LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

|    |                                 |                   |
|----|---------------------------------|-------------------|
| 14 | • Nom : .....                   | Prénoms : .....   |
|    | Date, lieu de naissance : ..... | Nationalité ..... |
|    | Domicile : .....                |                   |
|    | • Nom : .....                   | Prénoms : .....   |
|    | Date, lieu de naissance : ..... | Nationalité ..... |
|    | Domicile : .....                |                   |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 15 | LE SOUSSIGNE (préciser si mandataire) <b>KIMA MARCEL</b>   | Fait à : <b>ABENGOUROU</b><br>Le : <b>18/07/2023</b> (JJ/MM/AAAA)                   |
|    | Demande à ce que la présente constitue   | Signature   |
|    | <input checked="" type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION PRINCIPALE AU RCCM<br><input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'IMMATRICULATION SECONDAIRE<br><input type="checkbox"/> UNE DEMANDE D'OUVERTURE D'UNE SUCCURSALE<br><input type="checkbox"/> UNE DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE |  |

CI-ABG-023-A-714

|    |  |  |
|----|--|--|
| 16 | Le greffier ou le responsable de l'organe compétent soussigné a reçu le formulaire sous le noméro d'ordre : .....  | du registre d'arrivée.   |
| 17 | La régularité de la demande a été vérifiée en application de l'articles 44 de l'Acte uniforme portant sur le droit commercial général par le Greffier ou le responsable de l'organe compétent qui a :  | CI-ABG-2023-A-691  |
|    | <input checked="" type="checkbox"/> Immatriculé au RCCM la personne physique sous le numéro .....  | et délivré un accusé d'enregistrement,   |
|    | <input type="checkbox"/> Rejeté la demande au(x) motif(s) que : .....  |  |
|    | Intercalaire (s) complétant la ou les rubrique(s) n°(s) .....  | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (si OUI, nombre de pages intercalaires : .....) |
|    | Fait, à .....  | Le : .....   |
|    | Signature du Greffier (Nom, prénoms, titre et juridiction) ou du responsable de l'organe compétent   |  |
|    |  <span style="float: right;">Signature</span>   |  |
|    | (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 : ..... |  |
|    | et reconnaît que cette remise vaut notification de ce rejet. (Signature du Demandeur)  |  |

ACHAT ET VENTE DE MARCHANDISES DIVERSSES; COMMERCE GENERAL, -TRANSFERT, RETRAIT ET DEPOT D'ARGENT, TRANSFERT D'UNITES;-RECHARGEMENT CANAL+,-EXPLOITATION DE RESTAURANT, DE CAVE, DE MAQUIS, DE DEBIT ET DEPOT DE BOISSONS,-EXPLOITATION DE POISSONNERIE, DE QUINCAILLERIE, DE DEPOT DE CIMENTS ET DE GAZ,-COMMERCIALISATION DE PRODUITS DE PATISSERIE, DE BIJOUX, DES VALISES, DE VÊTEMENTS, D'HABITTS, DE CHAUSSURES, DE TISSUS, DE MATERIAUX ET MATERIELS DE CONSTRUCTION, DE PRODUITS PHYTOSANITAIRES, DE PRODUITS VETERINAIRES, DE MATERIELS AGRICOLES, DE PIECES DETACHEES, DE PRODUITS AGRICOLES ET JIVRIERS, DE PRODUITS COSMETIQUES ET ESTHETIQUES, DES ACCESSOIRES DE MODE ET DE BEAUTE, DES HABITS D'ENFANTS ET DE BEBE, DES BERCEAUX ET BAIGNOIRS, DES ACCESSOIRES DE NOUVEAUX NES, DES APPAREILS ELECTROMENAGERS ET ELECTRONIQUES, DES USTENSILES DE CUISINE, DE PRODUITS ALIMENTAIRES CONGELES, DE PRODUITS ET DENREES ALIMENTAIRES, DE BETAILS, DE VOLAILLES, D'OEUFS, DE PRODUITS TELEPHONIQUES ET ACCESSOIRES DE PORTABLES ET DE PRODUITS ET ARTICLES DIVERS; -ELEVAGE,-EXPLOITATION DE CYBERCAFE;TRAITEMENT DE TEXTES ET PHOTOCOPIE; -RELIEURE-MAINTENANCE INFORMATIQUE; -LOCATION DE MATERIELS DIVERS (BACHES-CHaises-MATELAS-CUILLERES-VERRES-FOURCHETTES ET AUTRES).

-VENTE DE FOURNITURE SCOLAIRE

