

FORMULAIRE DE DEMANDE

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

RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTEE

- 1 NOM : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle **KABORE**, PRENOM(S) **FATIMATA**
2 DATE ET LIEU DE NAISSANCE : **17/12/1984 A SAPH / SAN PEDRO** NATIONALITE : **BURKINABE**
3 ADRESSE POSTALE :
4 DOMICILE PERSONNEL
VILLE : **SAN PEDRO** QUARTIER : **DIGBOUE RESIDENTIEL**
AUTRES PRECISIONS :
COORDONNEES ELECTRONIQUES (s'il y a lieu) : **CEL : 07 57 44 08 38**
5 SITUATION MATRIMONIALE : ☐ Célibataire, ☐ Marié(e), ☐ Veuf(ve), ☐ Divorcé(e)

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

- 6 NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :
SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :
7 ACTIVITE(S) EXERCEE(S) (préciser) :
8 DATE DE DEBUT : **25 OCTOBRE 2021** N°RCCM (s'il y a lieu) : **CI-SAP-2021-A-1140**
9 ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PRINCIPAL (géographique et postale) : **SAN PEDRO, QUARTIER SEWEKE 1 CEL : 07 57 44 08 38**
10 ORIGINE : ☐ Création, ☐ Achat, ☐ 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 (géographique et postale) :
ACTIVITE(S) (préciser) :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

- 13 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) :