

## FORMULAIRE DE DEMANDE

ou  D'IMMATRICULATION PRINCIPALE D'UNE PERSONNE PHYSIQUE  
 ou  D'IMMATRICULATION SECONDAIRE OU D'UNE SUCCURSALE

DE REPRISE D'ACTIVITÉ


**RENSEIGNEMENTS RELATIFS  
A LA PERSONNE PHYSIQUE ASSUJETTIE**

1	NOM : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> 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 : <input 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> </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

6	NOM COMMERCIAL (s'il y a lieu) :					
SIGLE OU ENSEIGNE (s'il y a lieu) :						
7	ACTIVITE(S) EXERCÉE(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 : <input 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 (géographique et postale) :						
ACTIVITE(S) (préciser) :						

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES ANTERIEURES

13	Exercice d'une précédente activité : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> commerciale <input type="checkbox"/> autre : (préciser)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Période : de (mois et année) , à , Précédent N°RCCM (s'il y a lieu) :</li> <li>Nature de l'activité :</li> <li>Principal établissement :</li> <li>Etablissement (s) secondaire (s) : , N°RCCM (s'il y a lieu) :</li> <li>Adresse (géographique et postale) :</li> </ul>						