M2 cerfa 11682*07

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T
Déclaration N° _____
Reçue le |__|__|__|__|__|__|__|__|
Transmise le |__|__|__|__|__|__|__|__|

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

1
☐ Dénomination, forme juridique, capital ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité ☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ Transfert de siège ☐ Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
☐ Reprise d'activité ☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité ☐ GIE-GEIE ☒ Autre changement dates d'exercice social

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2
N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 9|2|9|5|9|2|2|7|7
☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE BORDEAUX
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____ |__|__|
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle ABAPEC

Forme juridique SASU
☒ **Siège ou** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 17 rue du BLAYAIS
Code postal 3|3|6|0|0 Commune PESSAC
Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société ☒ oui ☐ non

Date — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4
|__|__|__|__|__|__| **DENOMINATION** _____
_____ Sigle _____
|__|__|__|__|__|__| **Forme juridique** _____
|__|__|__|__|__|__| ☐ Société réduite à un associé unique ☐ N'est plus une société à associé unique
|__|__|__|__|__|__| **Durée de la personne morale** |__|__| an(s)
3|1|1|2|2|0|2|5 Date de clôture de l'exercice social 3|1|1|2 jour, mois

5
|__|__|__|__|__|__| **Capital :** montant, *unité monétaire* _____
Si capital variable : *Montant minimum* _____
|__|__|__|__|__|__| ☐ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
|__|__|__|__|__|__| ☐ Reconstitution des capitaux propres

6
|__|__|__|__|__|__| ☐ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS
|__|__|__|__|__|__| ☐ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
|__|__|__|__|__|__| ☐ Société à mission
|__|__|__|__|__|__| ☐ N'est plus une société à mission

7
|__|__|__|__|__|__| ☐ **FUSION** ☐ **SCISSION** Cette opération entraîne ☐ une augmentation de capital.
Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'

8
|__|__|__|__|__|__| **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**

9
|__|__|__|__|__|__| **DISSOLUTION** Préciser si : ☐ Cessation de l'activité ☐ Poursuite de l'activité
Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
Nom du support d'annonces légales _____ Date de parution |__|__|__|__|__|__|__|__|
Adresse de liquidation : ☐ Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre
_____
☐ Transmission universelle du patrimoine

10
|__|__|__|__|__|__| **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 **Cette demande concerne :** ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **MODIFICATION** ☐ **TRANSFERT** ☐ **LOCATION-GERANCE** ☐ **GERANCE-MANDAT**

Date — ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

12
|__|__|__|__|__|__| **ANCIEN ETABLISSEMENT :** ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal
☐ Etablissement principal ☐ Secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère
Adresse : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* (si différente du cadre 2) _____
_____ Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ Autre _____
Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié, date de fin d'emploi du dernier salarié : date |__|__|__|__|__|__|__|__| Suite sur M'.

Date — ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13
|__|__|__|__|__|__| **Adresse :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal |__|__|__|__|__| Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
☐ siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire
Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen, indiquer le pays,le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non
POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non

14 ACTIVITE ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement :

Indiquez la plus importante :

Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

☐ Fabrication, production ☐ Bâtiments, travaux publics ☐ Commerce de gros

☐ Commerce de détail en magasin (surface : ____ m²) ☐ Commerce de détail sur marché

☐ Commerce de détail sur Internet ☐ Autre, *préciser*

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

☐ Adjonction (ajout) d'activité

☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire

☐ Autre, *préciser*

15 **NOM COMMERCIAL**

ENSEIGNE

16 **EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé :** ____ Date d'embauche du 1er salarié

Effectif salarié de l'entreprise ____ dont : ____ apprentis ____ VRP

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

☐ **Création**, *passer au cadre suivant* ☐ **Reprise** ☐ **Achat** ☐ **Apport**

☐ **Location-gérance** ☐ **Gérance-mandat** ☐ **Autre**

Précédent exploitant : N° unique d'identification

Nom de naissance / Dénomination

Nom d'usage Prénoms

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)

Support d'annonces légales : date de parution

Nom du support :

Location-gérance - Gérance-mandat

Dates du contrat : début fin

Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non

Loueur du fonds ou Mandant du fonds

Nom de naissance / Dénomination

Nom d'usage Prénoms

Domicile / Siège

Code postal Commune

Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant

Greffe d'immatriculation

Date — FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT

18 **ADRESSE :** *rés., bât., n° voie, lieu-dit* Code postal Commune Salariés présents ☐ oui ☐ non

MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire Greffe d'immatriculation / Département pour RM

Domicile / Siège : Code postal Commune

Date — DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES

Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl

19A **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant *remplir 19B*

☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu *ancienne qualité*

QUALITE Profession de santé ☐ oui ☐ non

Nom de naissance

Nom d'usage Prénoms

Né(e) le à Nationalité

Dénomination, forme juridique

Domicile / Siège

Code postal Commune

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation

☐ Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B ☐ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique

Profession de santé ☐ oui ☐ non

Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale

Date — RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

20 **OBSERVATIONS :**

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** ☒ Déclarée au cadre n° 2 ☐ Autre :

Code postal Commune

Tél 0616445328 Tél

Télécopie / courriel matthieu.dagron@laposte.net

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, le cas échéant au RM et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

22 ☒ **LE REPRESENTANT LEGAL** ☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*

☐ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Nom, prénom / dénomination et adresse Matthieu DAGRON
17 rue du BLAYAIS

Code postal 33600 Commune PESSAC

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à PESSAC Le 13/03/2025

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl ____

Nb d'intercalaires JQPA ____ (justification de qualification professionnelle artisanale)

Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : ____ de volet(s) TNS ____

SIGNATURE :



Signer chaque feuillet séparément

M2 cerfa 11682*07

Imprimer | Réinitialiser

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

PERSONNE MORALE (SAS, SARL, société civile, groupement, EPIC, association, etc.)

RESERVE AU CFE M G U I D B E F K T
Déclaration N° _____
Reçue le |_|_|_|_|_|_|_|_|
Transmise le |_|_|_|_|_|_|_|_|

REMPLIR DANS TOUS LES CAS les cadres n° 1, 2, 21, 22 ET LES MENTIONS NOUVELLES OU MODIFIEES en indiquant la date de l'évènement

1
☐ Dénomination, forme juridique, capital ☐ Prise d'activité d'une société créée sans activité ☐ Cessation totale d'activité sans disparition de la personne morale (mise en sommeil)
☐ Transfert de siège ☐ Déclaration relative à un établissement (ouverture, modification, transfert, mise en location gérance, gérance-mandat, fermeture)
☐ Reprise d'activité ☐ Dissolution : ☐ avec poursuite d'activité ☐ sans poursuite d'activité ☐ GIE-GEIE ☒ Autre changement dates d'exercice social

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2
N° UNIQUE D'IDENTIFICATION |9|2|9|5|9|2|2|7|7|
☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE BORDEAUX
☐ au RM DANS LE DEPT DE _____ |_|_|
Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s) _____
Dénomination / Sigle ABAPEC

Forme juridique SASU
☒ **Siège ou** ☐ **1er établissement en France pour les sociétés étrangères :**
Rés., bât., n°, voie, lieu-dit 17 rue du BLAYAIS
Code postal |3|3|6|0|0| Commune PESSAC
Le cas échéant, ancienne commune _____

3 **UNIQUEMENT POUR LA SOCIETE A ASSOCIE UNIQUE** L'associé unique assume-t-il personnellement la direction de la société ☒ oui ☐ non

Date — DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4
|_|_|_|_|_|_| **DENOMINATION** _____
_____ Sigle _____
|_|_|_|_|_|_| **Forme juridique** _____
|_|_|_|_|_|_| ☐ Société réduite à un associé unique ☐ N'est plus une société à associé unique
|_|_|_|_|_|_| **Durée de la personne morale** |_|_| an(s)
|3|1|1|2|2|0|2|5| Date de clôture de l'exercice social |3|1|1|2| jour, mois

5
|_|_|_|_|_|_| **Capital :** montant, *unité monétaire* _____
Si capital variable : *Montant minimum* _____
|_|_|_|_|_|_| ☐ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social
|_|_|_|_|_|_| ☐ Reconstitution des capitaux propres

6
|_|_|_|_|_|_| ☐ Adhésion aux principes de l'économie sociale et solidaire – ESS
|_|_|_|_|_|_| ☐ Sortie du champ de l'économie sociale et solidaire – ESS
|_|_|_|_|_|_| ☐ Société à mission
|_|_|_|_|_|_| ☐ N'est plus une société à mission

7
|_|_|_|_|_|_| ☐ **FUSION** ☐ **SCISSION** Cette opération entraîne ☐ une augmentation de capital.
Indiquer les personnes morales ayant participé à l'opération sur l'intercalaire M'

8
|_|_|_|_|_|_| **MISE EN SOMMEIL PAR CESSATION TOTALE D'ACTIVITE**

9
|_|_|_|_|_|_| **DISSOLUTION** Préciser si : ☐ Cessation de l'activité ☐ Poursuite de l'activité
Indiquer le liquidateur au cadre 19A sauf pour une transmission universelle du patrimoine
Dans le cas de fermeture d'établissement(s), remplir cadre 12
Nom du support d'annonces légales _____ Date de parution |_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse de liquidation : ☐ Siège ☐ Adresse du liquidateur ☐ Autre
_____
☐ Transmission universelle du patrimoine

10
|_|_|_|_|_|_| **RUPTURE ANTICIPEE DU CONTRAT D'APPUI**

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

11 **Cette demande concerne :** ☐ **OUVERTURE** ☐ **FERMETURE** ☐ **MODIFICATION** ☐ **TRANSFERT** ☐ **LOCATION-GERANCE** ☐ **GERANCE-MANDAT**

Date — ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

12
|_|_|_|_|_|_| **ANCIEN ETABLISSEMENT :** ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal
☐ Etablissement principal ☐ Secondaire ☐ Premier établissement en France d'une société étrangère
Adresse : *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* (si différente du cadre 2) _____
_____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
Le cas échéant, ancienne commune _____

POUR UN TRANSFERT : Destination ☐ Vendu ☐ Fermé ☐ Autre _____
Si maintien d'une activité, de ce fait l'établissement est :
☐ Siège ☐ Principal ☐ Secondaire
POUR UNE FERMETURE : Destination ☐ Supprimé ☐ Vendu ☐ Autre _____
Si cessation d'emploi de tout salarié, date de fin d'emploi du dernier salarié : date |_|_|_|_|_|_|_|_| Suite sur M'.

Date — ETABLISSEMENT CREE OU MODIFIE

13
|_|_|_|_|_|_| **Adresse :** *rés., bât., n°, voie, lieu-dit* _____ Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____
L'ETABLISSEMENT DEVIENT : ☐ Siège ☐ Siège-Etablissement principal ☐ Etablissement principal ☐ Secondaire (cocher uniquement si changement de nature de l'établissement)
☐ Contrat de domiciliation : Nom du domiciliataire _____ N° unique d'identification |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ siège fixé au domicile du représentant légal, cocher la case uniquement dans le cadre de la domiciliation provisoire
Pour l'ouverture d'établissement(s) situé(s) dans un autre Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen, indiquer le pays,le lieu et le n° d'immatriculation sur l'intercalaire M'

POUR UN ETABLISSEMENT MODIFIE : Présence de salarié ☐ Oui ☐ Non
POUR UN ETABLISSEMENT CREE : s'il est secondaire, est-il permanent et dirigé par une personne ayant le pouvoir de lier des rapports juridiques avec les tiers ☐ Oui ☐ Non

14 ACTIVITE ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Ambulante

Activité(s) exercée(s) dans l'établissement :

Indiquez la plus importante :

Indiquez la nature de l'activité la plus importante en ne cochant qu'une seule case :

☐ Fabrication, production ☐ Bâtiments, travaux publics ☐ Commerce de gros
☐ Commerce de détail en magasin (surface : m²) ☐ Commerce de détail sur marché
☐ Commerce de détail sur Internet ☐ Autre, *préciser*

En cas de modification d'activité, elle résulte d'une :

☐ Adjonction (ajout) d'activité
☐ Suppression partielle d'activité par : ☐ Disparition ☐ Vente ☐ Reprise par le propriétaire
☐ Autre, *préciser*

15 **NOM COMMERCIAL**

ENSEIGNE

16

17 **ORIGINE DU FONDS OU ORIGINE DE L'ACTIVITE**

☐ **Création**, *passer au cadre suivant* ☐ **Reprise** ☐ **Achat** ☐ **Apport**
☐ **Location-gérance** ☐ **Gérance-mandat** ☐ **Autre**

Précédent exploitant : N° unique d'identification
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage Prénoms

Achat, Apport (sauf pour fonds artisanal et achat dans le cadre d'un plan de cession)
Support d'annonces légales : date de parution
Nom du support :

Location-gérance - Gérance-mandat
Dates du contrat : début fin
Renouvellement par tacite reconduction ☐ oui ☐ non
Loueur du fonds ou Mandant du fonds
Nom de naissance / Dénomination
Nom d'usage Prénoms
Domicile / Siège
Code postal Commune
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant
Greffe d'immatriculation

Date **FONDS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT**

18 **ADRESSE :** *rés., bât., n° voie, lieu-dit* Code postal Commune Salariés présents ☐ oui ☐ non

MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle

Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire Greffe d'immatriculation / Département pour RM

Domicile / Siège : Code postal Commune

Date **DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES** **Suite sur les intercalaires M3 ou M3 Sarl / Selarl**

19A **POUR DECLARATION DE MODIFICATION** ☐ Nouveau ☐ Partant *remplir 19B*

☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu *ancienne qualité*

QUALITE

Nom de naissance

Nom d'usage Prénoms

Né(e) le à Nationalité

Dénomination, forme juridique

Domicile / Siège

Code postal Commune

Pour une personne morale Lieu et N° d'immatriculation

☐ Représentant (si obligation de désignation) remplir cadre 9 de l'intercalaire M3

19B ☐ **PARTANT** Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique

Date **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

20 **OBSERVATIONS :**

21 **ADRESSE de correspondance de l'entreprise** ☒ Déclarée au cadre n° 2 ☐ Autre :

Code postal Commune

Tél 0616445328 Tél

Télécopie / courriel matthieu.dagron@laposte.net

Les informations sont transmises aux organismes destinataires, notamment pour les registres et répertoires prévus par la réglementation et qui sont accessibles au public. Le règlement (UE) 2016/679 modifié du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent aux réponses des personnes physiques à ce questionnaire. Ils leur garantissent un droit d'accès et de rectification, pour les données à caractère personnel les concernant, auprès du responsable de traitement concerné, ainsi qu'un droit d'opposition à la réutilisation de ces données par des tiers, à d'autres fins que les missions des organismes destinataires, et qui s'exerce auprès des responsables des sites rediffusant leurs données (cf. annexe aux notices).

Le présent document constitue une demande de modification au RCS, le cas échéant au RM et vaut déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'Insee et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

22 ☒ **LE REPRESENTANT LEGAL** ☐ **LE MANDATAIRE** *ayant procuration*
☐ **AUTRE PERSONNE** *justifiant d'un intérêt*

Nom, prénom / dénomination et adresse Matthieu DAGRON
17 rue du BLAYAIS

Code postal 33600 Commune PESSAC

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à PESSAC Le 13032025

Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl
Nb d'intercalaires JQPA (justification de qualification professionnelle artisanale)
Nombre de volet(s) M'BE (bénéficiaires effectifs) : de volet(s) TNS

SIGNATURE :



Signer chaque feuillet séparément