

DECLARATION DE MODIFICATION(S)

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKT

Imprimer Réinitialiser

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

Déclaration N°
Reçue le
Transmise le

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

- 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

RAPPEL D'IDENTIFICATION AVANT MODIFICATION

2 N° UNIQUE D'IDENTIFICATION 44336913921

☒ IMMATRICULATION AU RCS DU GREFFE DE VERSAILLES☐ au RM DANS LE DEPT DE

Greffe(s) du ou des immatriculation(s) secondaire(s)

Dénomination / Sigle SCA 3 A associées

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

DECLARATION RELATIVE A LA MODIFICATION DE LA PERSONNE MORALE

4 Date 21/10/2025 DENOMINATION 3 A associées

21/10/2025 Forme juridique Société de type SCA

☐ Société réduite à un associé unique ☐ Nest plus une société à associé unique

21/10/2025 Durée de la personne morale 410 an(s)

21/10/2025 Date de clôture de l'exercice social 21/10/2025 jour, mois

21/10/2025 Capital : montant, unité monétaire 144039 €

Si capital variable : Montant minimum

☐ Continuation de la société malgré un actif net inférieur à la moitié du capital social☐ Reconstitution des capitaux propres☐ 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

DECLARATION RELATIVE A UN ETABLISSEMENT ET A L'ACTIVITE

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

ETABLISSEMENT TRANSFERE OU FERME

12 Date 21/10/2025 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) 93, avenue du Paradis

Code postal 30220 Commune ALIGUES, HORGES

Le cas échéant, ancienne commune 38140 VELLIZY VILLACOURAUX

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 domiciliaire 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 _____

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 _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____
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 _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____
Domicile / Siège _____
Code postal _____ Commune _____
Pour la gérance-mandat N° unique d'identification du mandant _____
Greffé d'immatriculation _____

15 NOM COMMERCIAL _____
ENSEIGNE _____
16 EFFECTIF SALARIE de l'établissement créé : _____ Date d'embauche du 1^{er} salarié _____
Effectif salarié de l'entreprise _____ dont : _____ apprentis _____ VRP _____

18 FONDOS DONNE EN LOCATION-GERANCE OU EN GERANCE-MANDAT
Date _____
MISE EN LOCATION-GERANCE ☐ Totalité du fonds ☐ Une partie du fonds, laquelle _____
Locataire-gérant ou Gérant-mandataire : Nom, nom d'usage, prénoms / dénomination _____
Pour la gérance-mandat : N° unique d'identification du gérant-mandataire _____ Greffé d'immatriculation / Département pour RM _____
Domicile / Siège : _____ Code postal _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____
Salariés présents ☐ oui ☐ non
Etablissement ☐ Principal ☐ Secondaire

19A DECLARATION RELATIVE AUX DIRIGEANTS, ASSOCIES, PERSONNES AYANT LE POUVOIR GENERAL D'ENGAGER LA PERSONNE MORALE
AUX PERSONNES ASSURANT LE CONTROLE, AUX COMMISSAIRES AUX COMPTES
Date _____
POUR DECLARATION DE MODIFICATION ☐ Nouveau ☐ Partant remplir 19B
☐ Modification situation personnelle ☐ Maintenu ancienne qualité _____
QUALITE _____ Profession de santé ☐ oui ☐ non
Nom de naissance _____ Prénoms _____
Nom d'usage _____ Nationalité _____
Né(e) le _____ à _____
Dénomination, forme juridique _____

19B ☐ PARTANT Noms de naissance, d'usage, prénoms / Dénomination, forme juridique _____
Pour le régime des non salariés, TNS : N° de sécurité sociale _____
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
Code postal _____ Commune _____

20 RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES
Date _____
OBSERVATIONS : Sci 3 A annexes
21 Adresse de correspondance de l'entreprise ☒ Déclarée au cadre n° 12 ☐ Autre : _____
935 Impasse du 9884015 Code postal 30240 Commune ALGUES ROQUES
22 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 recueillant 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 s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement.

☒ LE REPRESENTANT LEGAL ☐ LE MANDATAIRE ayant procuration
☐ AUTRE PERSONNE justifiant d'un intérêt
Nom, prénom / dénomination et adresse 935 Impasse du 9884015 ALGUES ROQUES ALBOUVILLU
Code postal 30240 Commune ALGUES ROQUES
Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à ALGUES ROQUES Le 01/10/2025
Nombre d'intercalaire(s) : M3 ou M3 Sarl ☐
Nb d'intercalaires JOPA ☐ (justification de qualification professionnelle artisanale)
Nombre de volet(s) MBE (bénéficiaires effectifs) : ☐ de volet(s) TNS ☐
SIGNATURE : 
Signer chaque feuillet séparément