L'Inspectrice du Travail
Lise BLIN

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du Travail,
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
de

cerfa
N° 61-2183
TT 01

Loi n° 72-1 du 3 janvier 1972
Loi n° 79-8 du 2 janvier 1979
Décret n° 80-876
du 4 novembre 1980
} sur le travail temporaire

DÉCLARATION

prévue à l'article R. 124-1 du Code du travail

(à adresser dans toutes les cas en trois exemplaires à l'inspecteur du travail dont relève le siège de l'entreprise)

En cas d'ouverture, de changement d'adresse ou de fermeture d'une succursale, agence ou bureau annexe (si la section d'Inspection est différente de celle du siège) deux exemplaires supplémentaires sont adressés à l'inspecteur du travail dont relève l'établissement de travail temporaire.

Raison sociale de l'entreprise de travail temporaire : ABALONE TT BRESSUIRE | 8 | 3 | 9 | 4 | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 |

Adresse du siège social : 10 Place Emile ZOLA

Code postal : 79300 Commune : Bressuire Téléphone : .....

Montant (en francs ou en euros) de l'engagement de caution : 312 478,80 euros

Établissement garant (raison sociale et adresse) : ALLIANZ EULER HERMES FRANCE
1 Place des saisons - 92 048 PARIS LA DEFENSE (RCS NANTERRE B 799 339 312)

Date de la prise d'effet de la garantie accordée : 01/07/2026 Date d'échéance de cette garantie : 31/12/2026

1. Cette déclaration est-elle préalable à la création d'une nouvelle entreprise ?

☒ NON ☐ OUI

2. Cette déclaration a-t-elle pour objet de signaler la disparition de l'entreprise ?

☒ NON ☐ OUI

Répondre à 5 et 6

Répondre à 5 et 6

Remplir le cadre A et, si l'entreprise possède des agences ou succursales, en donner la liste dans le cadre B

3. Si la précédente déclaration a pour objet de signaler les modifications intervenues au SIÈGE SOCIAL et concernant *(cocher la ou les cases concernées) :*

☐ un changement d'adresse du siège social, *donner l'ancienne adresse :* .....

☐ un changement de numéro SIRENE, *donner l'ancien numéro :* .....

☐ un changement de l'établissement garant, *donner l'ancien établissement :* .....

.....

3. Si la précédente déclaration a pour objet de signaler *(cocher la ou les cases concernées) :*

☒ l'ouverture d'une agence ou succursale, *donner les caractéristiques de cet établissement dans le cadre B*

☐ la cessation d'activité d'une agence ou succursale, *donner dans le cadre C, le nom, l'adresse et le numéro SIRET de cet établissement.*

5. Date d'effet de l'opération : 01/08/2026

6. L'opération est-elle consécutive à *(cocher la case concernée) :*

☐ une fusion ☐ une absorption ☐ une scission

Prise d'un fonds de commerce en location-gérance

Fait à SANT-HERBLAIN

le 29/06/2026

Signature du déclarant :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENTREPRISE NOUVELLEMENT CRÉÉE

1. ***RAISONS COMMERCIALES UTILISÉES PAR L'ENTREPRISE :*** .....

.....

.....

2. ***FORME JURIDIQUE DE L'ENTREPRISE*** *(cocher la case concernée) :*

☐ Entreprise individuelle

☐ Société (SA, SARL, etc.)

3. ***NOM, ADRESSE ET NATIONALITÉ DU OU DES DIRIGEANTS DE L'ENTREPRISE :*** .....

.....

.....

4. ***NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE L'ENTREPRISE*** (succursales, agences, etc.)
Siège social inclus.....
Si l'entreprise possède des agences ou des succursales (le nombre indiqué ci-dessus à la rubrique 4 est supérieur à un), en donner la liste en utilisant la partie B ci-contre et éventuellement les imprimés annexes prévus à cet effet.

5. ***NOMBRE DE SALARIÉS PERMANENTS DE L'ENTREPRISE*** (salariés assurant le fonctionnement des services) .....

6. ***ORGANISME OÙ SONT VERSÉES LES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE*** *(ne pas répondre à cette question que dans le cas d'une entreprise à établissement unique)* :

.....

.....

7. ***DOMAINE PROFESSIONNEL DES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE*** *(cocher les cases concernées) :*

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîttrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

7. ***DOMAINE GÉOGRAPHIQUE DES ACTIVITÉS DE L'ENTREPRISE*** *(cocher les cases concernées) :*

☐ Régional ☐ National ☐ International

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'Inspectrice du Travail
Lise BLIN

B. LISTE DES AGENCES ET SUCCURSALES

1. Si la présente déclaration est préalable à la création d'une nouvelle entreprise, on donnera ci-dessous la liste des établissements de cette entreprise, en utilisant, si cela est nécessaire, des feuilles intercalaires. Le cadre situé en tête de liste est destiné à recevoir les informations concernant le siège social considéré comme un établissement de l'entreprise.
2. Si la présente déclaration a pour objet de signaler l'ouverture d'une ou plusieurs succursales, on donnera ci-dessous les caractéristiques de ces établissements.

SIÈGE SOCIAL

(ne remplir ce cadre que dans le cas d'une création d'entreprise)

Nombre de salariés permanents .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale :

.....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

ABALONE TT BRESSUIRE

Adresse : 20 Rue des Bons Enfants - 49300 CHOLET

8 3 9 4 4 6 2 2 6 en cours

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nombre de salariés permanents 4

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

URSSAF

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☒ Personnel administratif ☒ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☒ Personnel ouvrier ☒ Main-d'œuvre agricole ☒ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nombre de salariés permanents .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nombre de salariés permanents .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle

C. LISTE DES AGENCES ET SUCCURSALES AYANT CESSÉ LEUR ACTIVITÉ

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée :

.....

Adresse : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement (attribué par l'INSEE)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire, Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

cerfa
N° 61-2183
TT 02

Raison sociale de l'entreprise de travail temporaire : .....

.....

Numéro SIRENE du siège social
(attribué par l'INSEE)

B. LISTE DES AGENCES ET SUCCURSALES *(suite)*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement
(attribué par l'INSEE)

Adresse : .....

Nombre de salariés permanents : .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement
(attribué par l'INSEE)

Adresse : .....

Nombre de salariés permanents : .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement
(attribué par l'INSEE)

Adresse : .....

Nombre de salariés permanents : .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

Nom de l'établissement ou raison commerciale utilisée : .....

.....

Numéro SIRET de l'établissement
(attribué par l'INSEE)

Adresse : .....

Nombre de salariés permanents : .....

Organisme où sont versées les cotisations de la Sécurité sociale : .....

.....

Domaine professionnel des activités de l'établissement *(cocher les cases concernées)* :

☐ Personnel administratif ☐ Techniciens, agents de maîtrise, cadres ☐ Personnel paramédical

☐ Personnel ouvrier ☐ Main-d'œuvre agricole ☐ Autres, *précisez*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés publiques s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée à votre directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.