

# EXONÉRATION DES BÉNÉFICES RÉALISÉS PAR LES ENTREPRISES NOUVELLES

Demande relative à l'application du dispositif prévu à l'article 44 sexies du CGI

## I. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE <sup>(1)</sup>

### ENTREPRISE INDIVIDUELLE :

NOM ET PRENOM

.....

NOM COMMERCIAL

.....

### SOCIETE :

DENOMINATION SOCIALE

.....

FORME

JURIDIQUE

.....

NOM

DU

DIRIGEANT

.....

(Joindre les statuts s'ils sont déjà établis)

DATE DE CREATION : ..... DATE DE DEBUT D'ACTIVITE : .....

### ADRESSE D'IMPLANTATION DU SIEGE SOCIAL :

.....

TELEPHONE : .....

Email : .....

### ADRESSE(S) D'IMPLANTATION DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DES MOYENS D'EXPLOITATION :

.....

### NATURE DE L'IMPOT POUR LEQUEL L'ALLEGEMENT EST DEMANDE :

IMPOT SUR LES SOCIETES :

.....

IMPOT SUR LE REVENU :

.....

AUTRES IMPOTS (PRECISER) :

.....

### REGIME D'IMPOSITION :

.....

### MICRO-ENTREPRISES (2) :

.....

POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES NON COMMERCIAUX :

### DECLARATION CONTROLEE :

.....

.....

POUR LES ENTREPRISES RELEVANT DES BENEFICES INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX :

### REGIME REEL D'IMPOSITION :

.....

.....

.....

(1) A préciser, s'il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.

(2) Pour bénéficier des dispositions de l'article 44 sexies, l'entreprise doit opter pour un régime réel avant la date de dépôt de la première déclaration de résultats.

## II. NATURE ET CARACTERE DES ACTIVITES ENVISAGEES <sup>(1)</sup>

**ACTIVITE QUI SERA EXERCEE A TITRE PRINCIPAL : (En situation d'activité mixte, l'activité prépondérante sera précisée.)**

Activité commerciale     Artisanale Industrielle     Non commerciale     Civile   
Agricole

Préciser la nature de l'activité :

L'activité est-elle exercée de manière non sédentaire ?    Oui     Non

En cas d'activité non commerciale, sera-t-elle exercée à titre habituel et constant ?    Oui     Non

Effectif de salariés prévu :

ACTIVITE SECONDAIRE, préciser laquelle : .....

## III. CONDITIONS DE LA CREATION <sup>(1)</sup>

L'entreprise sera-t-elle créée dans le cadre :

d'une concentration d'activités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	fusion <input type="checkbox"/>
d'une restructuration d'activités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	scission <input type="checkbox"/>
			apport partiel d'actif <input type="checkbox"/>
d'une acquisition	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une location-gérance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un transfert géographique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une augmentation du potentiel productif	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un changement de mode d'exploitation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un changement de l'organisation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une reprise d'activité préexistante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'un contrat de partenariat (franchise ou autre) <sup>(2)</sup>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
d'une cession de licence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
de l'implantation en France d'un établissement stable d'une entreprise étrangère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

L'activité de l'entreprise à créer prolonge-t-elle celle d'une entreprise préexistante ?

oui     non

Existe-t-il une communauté d'intérêts avec une ou plusieurs entreprises préexistantes

(liens personnels, financiers et commerciaux) ?    oui     non

Si la réponse est positive : l'activité est-elle identique à celle de l'entreprise préexistante ?

oui     non

Y aura-t-il reprise de tout ou partie du personnel, des locaux, du matériel de production

ou de la clientèle d'une entreprise préexistante ?    oui     non

Envisagez-vous d'exercer votre activité en sous-traitance    oui     non

(dans l'affirmative, indiquer de quelle(s) entreprise(s))

**Pour les entreprises situées dans le secteur du bâtiment :**

Envisagez-vous de reprendre des chantiers commencés par d'autres entreprises ?  
oui  non

(dans l'affirmative, préciser le nom de ces entreprises)

.....

- (1) A préciser, s'il y a lieu, au paragraphe *Autres éléments nécessaires*.  
(2) Joindre une copie du contrat

#### IV. POUR UNE SOCIETE, PRECISER LES CONDITIONS DE DETENTION DU CAPITAL <sup>(3)</sup>

##### DETAIL DES PARTICIPATIONS DES ASSOCIES

Nom et prénom ou raison sociale des associés	Adresse	Pourcentage de détention du capital

##### FONCTIONS EXERCEES DANS D'AUTRES SOCIETES OU ENTREPRISES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE INTERESSE) - à remplir obligatoirement. Si la société n'est pas concernée, rayer le cadre

Nom et prénom de l'associé	Dénomination sociale de la société ou nom de l'entreprise; adresse	Fonctions	Activité exercée par la société ou l'entreprise

(3) Si les cadres sont insuffisants, continuer sur des états joints en annexe.

**•CAPITAL DETENU PAR LES ASSOCIES PERSONNES PHYSIQUES ET LES MEMBRES DU FOYER FISCAL DANS D'AUTRES SOCIETES (A SERVIR POUR CHAQUE ASSOCIE PERSONNE PHYSIQUE ET MEMBRE DU FOYER FISCAL INTERESSE) – à remplir obligatoirement. Si la société n'est pas concernée, rayer le cadre**

Nom et prénom de l'associé et du (des) membres du foyer fiscal	Sociétés : dénomination ; adresse	Montant du capital social	Activité exercée par la société	Capital détenu <sup>(4)</sup>			
				Droits de vote		Droits à dividendes	
				Nombre	%	Nombre	%

(4) Si le pourcentage de capital détenu a fait l'objet de modifications au cours de l'année de création de l'entreprise nouvelle, indiquer le montant de capital détenu le plus élevé.

**V. AUTRES ELEMENTS NECESSAIRES POUR PERMETTRE A L'ADMINISTRATION D'APPRECIER SI LES CONDITIONS REQUISES PAR LA LOI POUR BENEFICIER DE L'EXONERATION SONT EFFECTIVEMENT REMPLIES**

**ACTIVITES EXERCEES PRECEDEMMENT PAR LE CHEF D'ENTREPRISE OU PAR LES DIRIGEANTS DE LA SOCIETE NOUVELLEMENT CREEE :**

**NATURE, LIEU, PERIODE :**

Nom (ou raison sociale) et adresse de l'entreprise :

Existe-t-il des relations juridiques ou d'intérêt entre votre entreprise et celle de votre ancien employeur (si oui, indiquer lesquelles) ?

Si l'entreprise a cessé partiellement ou totalement son activité, préciser à quelle date :

Si l'entreprise a cessé partiellement son activité, préciser la partie de l'activité qui a cessé :

**APPORTER ICI TOUTE AUTRE PRECISION UTILE :**

A....., le.....

Certifié complet, exact et sincère

Signature (et qualité du signataire)

Cette demande doit être renvoyée en recommandé avec demande d'avis de réception ou remise contre décharge à :  
**DIRECTION DEPARTEMENTALE (ou REGIONALE) DES FINANCES PUBLIQUES**  
**A L'ATTENTION DU CORRESPONDANT AUX ENTREPRISES NOUVELLES**  
**(ADRESSE)**