

**DOSSIER D’AFFILIATION
DES NON SALARIES AGRICOLES**

Non salarié agricole – Un dossier pour votre affiliation à la MSA

Ce **dossier d'affiliation** tient compte au plus près de, votre situation, c'est-à-dire du **statut (individuel ou collectif)** de votre exploitation ou entreprise, de la **participation** éventuelle aux travaux, **d'aides familiaux ou d'associés d'exploitation** et de la **nature des activités** exercées.

Il comprend les fiches suivantes:

- **FICHE 1** - EXPLOITATION OU ENTREPRISE **INDIVIDUELLE** - CHEF - CONJOINT - ENFANTS A CHARGE
- **FICHE 2** - EXPLOITATION OU ENTREPRISE **COLLECTIVE** - MEMBRE - CONJOINT- ENFANTS A CHARGE
- **FICHE 3** - AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION - CONJOINT - ENFANTS A CHARGE
- **FICHE 4** - EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLE

Vous serez invité(e) par ailleurs, à joindre aux fiches qui vous concernent, **les pièces justificatives nécessaires et à compléter**, en fonction de vos souhaits ou de votre situation, **les formulaires relatifs au :**

- **Statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole**
Ce formulaire permettra à votre conjoint, concubin ou partenaire PACS, d'opter pour le statut correspondant
- **Calcul des cotisations et contributions sociales sur l'assiette des revenus professionnels de l'année (n-1)**
- **Demande de prélèvement mensuel des cotisations et contributions sociales**
- **Déduction du revenu implicite du capital foncier dite déduction «rente du sol»**

**EXPLOITATION OU ENTREPRISE INDIVIDUELLE
 CHEF- « CONJOINT » – ENFANTS A CHARGE**

1- LE CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE DECLARANT

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

 Prénom(s) : Nationalité ⁽¹⁾ :

Date et lieu de naissance [][] [][] [][][][] à :

N° Sécurité Sociale []

Adresse du domicile

[][][][][]

N° tél. [][][][][][][][][][][][][][]

 Adresse e-mail :

Situation familiale (cocher selon les cas):

 Mariage Concubinage Veuvage Séparation Divorce PACS ⁽²⁾

Depuis le [][][][][][][][][]

 Célibat

1.A- AUTRE(S) ACTIVITE(S) AGRICOLE(S) DU DECLARANT

 Vous êtes salarié(e) agricole dans un autre département que celui indiqué plus haut, précisez son numéro [][][]

 Vous êtes salarié(e) agricole à l'étranger, précisez le pays concerné :

 Vous êtes non salarié(e) agricole à l'étranger, précisez le pays concerné :

 Vous participez, à titre sociétaire à la gestion d'une ou plusieurs autres exploitations ou entreprises agricoles ou en tant que membre ne participant pas aux travaux, précisez pour chacune :

Nom ou raison sociale

 N° SIREN - SIRET^{si attribué} ⁽³⁾ []

 Département, [][][][] ⁽⁴⁾

Nom ou raison sociale

 N° SIREN - SIRET^{si attribué} ⁽³⁾ []

 Département, [][][][] ⁽⁴⁾

(1) voir notice-partie 2- pour pièces justificatives (si la personne est inconnue de la MSA)

(2) PACS : Pacte Civil de Solidarité

(3) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des Entreprises- Système d'Identification au Répertoire des Etablissements

(4) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99

1.B- ACTIVITES NON AGRICOLES EXERCEES SIMULTANEMENT PAR LE DECLARANT

Nature de l'activité (à cocher)	Date de début d'activité	Caisses de rattachement Vieillesse, maladie	Département du lieu de travail (1)
<input type="checkbox"/> Salarié non agricole	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non salarié non agricole	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

En cas d'exercice d'activité non salariée non agricole, complétez en fiche 4- volet C la partie **EXPLOITATION OU ENTREPRISE GEREE PAR UN PLURIACTIF - ACTIVITE SAISONNIERE** (2)

1.C- RENSEIGNEMENTS POUR LE CALCUL DES COTISATIONS ET DES CONTRIBUTIONS SOCIALES (CSG-CRDS)

- Quel est votre **régime d'imposition** ? : (réel, forfait, etc)

- Vous souhaitez opter pour une **assiette annuelle de revenus professionnels**, veuillez remplir l'imprimé correspondant

- Vous êtes **propriétaire de terres** que vous exploitez et souhaitez opter pour la déduction « revenu implicite du capital foncier », veuillez remplir l'imprimé correspondant

- Vous souhaitez bénéficier, de **l'exonération de cotisations Jeune agriculteur** si vous en remplissez les conditions :
 - Si vous avez effectué **votre service national**, précisez pour cette période:

Date de début	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de fin	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
 - Si vous avez des **enfants à charge pour lesquels vous êtes allocataire**, indiquez leur nombre :

- Bénéficiez-vous de **l'aide à la création ou reprise d'entreprise** ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Demande en cours
------------------------------	------------------------------	---

- Vous êtes **domicilié fiscalement à l'étranger**, précisez le pays concerné

- Pour les exploitations et entreprises, affiliées ou susceptibles d'être affiliées, à **l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA)**, précisez le code de **l'activité agricole**, que vous exercez **de manière prépondérante** en temps de travail.

Code (3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--

(1) si activité exercée à l'étranger, inscrire 99
 (2) voir définition en notice explicative-partie 3
 (3) voir règles de détermination de l'activité agricole prépondérante et liste des codes disponibles en notice explicative – partie 4-

1.D - AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DECLARANT

Quel était votre régime de protection sociale avant votre installation ?

Situations particulières (cocher selon les cas) ⁽¹⁾

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité France travail |
| <input type="checkbox"/> Parlementaire ou ancien parlementaire | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMUC ⁽³⁾ |
| <input type="checkbox"/> Pensionné d'invalidité, depuis le | <input type="checkbox"/> Titulaire de l'AAH ⁽⁴⁾ |
| <input type="checkbox"/> Préretraité, retraité, depuis le | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'ASPA ⁽⁵⁾ |

- Si vous êtes bénéficiaire d'une **PENSION D'INVALIDITE** ou d'un **AVANTAGE DE RETRAITE OU DE PRERETRAITE (6)** de **salarié agricole, salarié non agricole, non salarié non agricole** vous pouvez opter entre le régime d'assurance maladie auquel vous êtes actuellement affilié(e) et le régime d'assurance maladie de votre activité. Pour cela, vous êtes invité(e) à cocher l'une des rubriques ci-dessous :

- Régime d'assurance maladie de votre activité
- Régime d'assurance maladie de votre pension d'invalidité ou de votre avantage de retraite ou de préretraite

2- LE CONJOINT(E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS DU DECLARANT

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

Prénom(s) : Nationalité ⁽⁷⁾ :

Date et lieu de naissance | | | | | | | | à :

N° Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. A- ACTIVITES EXERCEES PAR VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

- Cette personne exerce-t-elle une activité professionnelle sur votre exploitation ou entreprise agricole ?

- Oui**, en tant que collaborateur, l'activité exercée étant de nature agricole
- Oui**, en tant que collaborateur, l'activité exercée étant de nature non agricole
- Oui**, en tant que salarié(e)
- Non**

(1) voir notice-partie 2- pour pièces justificatives
 (2) RSA : Revenu de Solidarité Active
 (3) CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
 (4) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (5) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
 (6) Entourer la nature de la prestation ou des prestations dont vous êtes bénéficiaire (pension d'invalidité ou avantage de retraite ou préretraite) et le ou les régimes (salarié agricole, salarié non agricole ou non salarié non agricole) qui les servent
 (7) voir notice-partie2- pour pièces justificatives (si personne inconnue de la MSA)

2- LE CONJOINT(E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS DU DECLARANT (SUITE)**2. A- ACTIVITES EXERCEES PAR VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS (SUITE)**

- Si cette personne exerce une **activité** professionnelle **en dehors** de votre **exploitation ou entreprise**, cochez ci-dessous le type d'activité concernée et indiquez la date de début de cette activité et le numéro de département du lieu de travail concerné

Nature de l'activité (à cocher)	Date de début d'activité			Caisses de rattachement Vieillesse, maladie	Département du lieu de travail ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Salarié non agricole	□□	□□	□□□□	□□□
<input type="checkbox"/> Salarié agricole	□□	□□	□□□□	□□□
<input type="checkbox"/> Non salarié non agricole	□□	□□	□□□□	□□□
<input type="checkbox"/> Non salarié agricole	□□	□□	□□□□	□□□

2.B AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

Situations particulières (cocher selon les cas) ⁽²⁾

<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité France travail
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité PAJE ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU ⁽⁵⁾
<input type="checkbox"/> Pensionné d'invalidité, depuis le □□ □□ □□□□	<input type="checkbox"/> Titulaire de l'AAH ⁽⁶⁾
<input type="checkbox"/> Préretraité, retraité, depuis le □□ □□ □□□□	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'ASPA ⁽⁷⁾

(1) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99

(2) voir notice-partie 2- pour pièces justificatives si la personne est inconnue de la MSA

(3) RSA : Revenu de Solidarité Active

(4) PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant

(5) CMU : Couverture Maladie Universelle

(6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

(7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

3 - ENFANT(S) A LA CHARGE DU DECLARANT, DE SON CONJOINT (E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS

Recensez ci-dessous les enfants à charge du déclarant ou de son conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS

Nom :	Prénom(s): ⁽¹⁾
Date et lieu de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> à :
Nom de l'allocataire PF ⁽²⁾ :	Son régime de protection sociale :
N° Sécurité Sociale de cet allocataire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nom :	Prénom(s): ⁽¹⁾
Date et lieu de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> à :
Nom de l'allocataire PF ⁽²⁾ :	Son régime de protection sociale :
N° Sécurité Sociale de cet allocataire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait le

Signature

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Caisse de mutualité sociale agricole qui a traité votre demande.

(1) Souligner le prénom usuel

(2) PF : Prestations Familiales

EXPLOITATION OU ENTREPRISE « COLLECTIVE » (1)
MEMBRES OU ASSOCIES- « CONJOINT »- ENFANTS A CHARGE

Chaque associé participant aux travaux remplira intégralement cette fiche.

Les associés non participant aux travaux n'en compléteront par contre, que le paragraphe 1 (1 A, 1 B, 1 C, 1D et 1 E)

Dans le cadre d'une exploitation ou entreprise collective entre époux (en particulier coexploitation), la présente fiche ne sera remplie intégralement que par l'un d'entre eux, l'autre époux n'en remplissant que le paragraphe 1 (1 A, 1 B, 1 C et 1 E).

1- LE MEMBRE DECLARANT – ASSOCIE OU COEXPLOITANT

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

Prénom(s) : Nationalité (2) :

Date et lieu de naissance à :

N° Sécurité Sociale

Adresse du domicile

.....

N° tél. domicile

Adresse e-mail :

Situation familiale (cocher selon les cas):

Mariage
 Concubinage
 Veuvage
 Séparation
 Divorce
 P A C S (3)

Depuis le

Célibat

1.A- QUALITE DU MEMBRE - ASSOCIE OU COEXPLOITANT

Nom ou raison sociale de la co-exploitation ou de la société

Qualité du déclarant:

- Coexploitant
- Gérant, dirigeant. Préciser votre fonction s'il y a lieu :
- Associé non salarié agricole participant aux travaux
- Associé non salarié non agricole participant aux travaux
- Associé ne participant pas aux travaux

(1) voir définition en notice explicative – partie 3-
 (2) voir notice-partie 2- pour pièces justificatives (si personne inconnue de la MSA)
 (3) PACS : PActe Civil de Solidarité

1.B- AUTRE(S) ACTIVITE(S) AGRICOLE(S) DU DECLARANT

- Vous êtes salarié agricole dans un autre département que celui indiqué plus haut, précisez son numéro | | |
- Vous êtes salarié agricole à l'étranger, précisez le pays concerné :
- Vous êtes non salarié agricole à l'étranger, précisez le pays concerné :
- Vous participez, à titre sociétaire à la gestion d'une ou plusieurs autres exploitations ou entreprises agricoles ou en tant que membre ne participant pas aux travaux, précisez pour chacune :

Nom ou raison sociale	
N° SIREN – SIRET ⁽¹⁾ <i>si attribué</i>	
Département	
Nom ou raison sociale	
N° SIREN – SIRET ⁽¹⁾ <i>si attribué</i>	
Département	

1.C- ACTIVITES NON AGRICOLES EXERCEES SIMULTANEMENT PAR LE DECLARANT

Nature de l'activité (à cocher)	Date de début d'activité	Caisses de rattachement Vieillesse, maladie	Département du lieu de travail ⁽²⁾
<input type="checkbox"/> Salarié non agricole		
<input type="checkbox"/> Non salarié non agricole		

En cas d'exercice d'activité non salariée non agricole, complétez en fiche 4- volet C, la partie **EXPLOITATION OU ENTREPRISE GEREE PAR UN PLURIACTIF - ACTIVITE SAISONNIERE** ⁽³⁾

(1) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENTreprises- Système d'Identification au Répertoire des Etablisements
 (2) si activité à l'étranger, inscrire 99
 (3) voir définition en notice explicative-partie 3-

1.D - RENSEIGNEMENTS POUR LE CALCUL DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES

- Quel est votre **régime d'imposition** ? : (réel, forfait, etc)
- Vous souhaitez opter pour une **assiette annuelle de revenus professionnels**, veuillez remplir l'imprimé correspondant
- Vous êtes **propriétaire de terres** que vous exploitez et souhaitez opter pour la déduction « revenu implicite du capital foncier », veuillez remplir l'imprimé correspondant

- Vous souhaitez bénéficier du **droit à l'exonération Jeune agriculteur**, si vous en remplissez les conditions :

- Si vous avez effectué **votre service national**, précisez pour cette période:

Date de début

Date de fin

- Si vous avez des **enfants à charge pour lesquels vous êtes** allocataire au titre des P.F. ⁽¹⁾, indiquez leur nombre

- Bénéficiez-vous de **l'aide à la création d'entreprise** ?

Oui Non Demande en cours

- Vous êtes **domicilié fiscalement à l'étranger**, précisez le pays concerné

- Pour les exploitations et entreprises, affiliées ou susceptibles d'être affiliées, à **l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA)**, précisez le code de **l'activité agricole**, que vous exercez **de manière prépondérante** en temps de travail.

Code (2)

1.E- AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DECLARANT

Quel était votre régime de protection sociale avant votre installation ?

Situations particulières (3) (Cocher selon les cas) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité France travail |
| <input type="checkbox"/> Parlementaire ou ancien parlementaire | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMUC ⁽⁵⁾ |
| <input type="checkbox"/> Pensionné d'invalidité, depuis le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Titulaire de l'AAH ⁽⁶⁾ |
| <input type="checkbox"/> Préretraité, retraité, depuis le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'ASPA ⁽⁷⁾ |

- Si vous êtes bénéficiaire d'une **PENSION D'INVALIDITE** ou d'un **AVANTAGE DE RETRAITE** ou de **PRERETRAITE(8)** de **salarié agricole, salarié non agricole, non salarié non agricole**, vous pouvez opter entre le régime d'assurance maladie auquel vous êtes actuellement affilié(e) et le régime d'assurance maladie de votre activité. Pour cela, vous êtes invité(e) à cocher l'une des rubriques ci-dessous :

- Régime d'assurance maladie de votre activité
- Régime d'assurance maladie de votre pension d'invalidité ou de votre avantage de retraite ou de préretraite

(1) PF : Prestations Familiales
 (2) voir règles de détermination de l'activité agricole prépondérante et liste des codes disponibles en notice explicative – partie 4-
 (3) voir notice-partie 2- pour pièces justificatives (si la personne est inconnue de la MSA)
 (4) RSA : Revenu de Solidarité Active
 (5) CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
 (6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
 (8): Entourer la nature de la prestation ou des prestations dont vous êtes bénéficiaire (pension d'invalidité ou avantage de retraite ou préretraite) et le ou les régimes (salarié agricole, salarié non agricole ou non salarié non agricole) qui les servent

2- LE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS DU DECLARANT

Nom de naissance : Nom marital ou d’usage :

Prénom(s): Nationalité (1) :

Date et lieu de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à :

N° Sécurité Sociale []

2. A- ACTIVITES EXERCEES PAR VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

- **Cette personne exerce-t-elle une activité professionnelle dans le cadre de votre société ou coexploitation ?**

- Oui**, en tant que salarié(e)
- Oui**, sans être salarié(e)
- Non**

- **Si la réponse précédente est « oui, sans être salarié(e) », s’agit-il ?**

- D’une activité de co-exploitant(e)
- D’une activité de collaborateur, de nature agricole
- D’une activité de collaborateur, de nature non agricole

- **Si cette personne exerce une activité professionnelle en dehors de votre société ou coexploitation**, cochez ci-dessous le type d’activité concernée et indiquez la date de début de cette activité et le numéro de département du lieu de travail concerné

Nature de l’activité (à cocher)	Date de début d’activité	Caisses de rattachement Vieillesse, maladie	Département du lieu de travail (2)
<input type="checkbox"/> Salarié non agricole	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] []
<input type="checkbox"/> Salarié agricole	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] []
<input type="checkbox"/> Non salarié non agricole	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] []
<input type="checkbox"/> Non salarié agricole	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] []

2.B- AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

Situations particulières (Cocher selon les cas) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA (3) | <input type="checkbox"/> Perception d’une indemnité France travail |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d’un complément de libre choix d’activité PAJE (4) | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU (5) |
| <input type="checkbox"/> Pensionné d’invalidité, depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | <input type="checkbox"/> Titulaire de l’AAH (6) |
| <input type="checkbox"/> Préretraité, retraité, depuis le [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l’ASPA (7) |

(1) Voir notice –partie 2- pour pièces justificatives
(2) Si activité exercée à l’étranger, inscrire 99
(3) RSA : Revenu de Solidarité Active
(4) PAJE : Prestation Accueil du Jeune Enfant
(5) CMU : Couverture Maladie Universelle
(6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
(7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

3 - ENFANT(S) A LA CHARGE DU DECLARANT OU DE SON CONJOINT(E) CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS

Recensez ci-dessous les enfants à charge du déclarant ou de son conjoint (e), concubin (e) ou partenaire PACS

Nom : Prénom(s): ⁽¹⁾

Date et lieu de naissance à :.....

Nom de l'allocataire PF ⁽²⁾ : Son régime de protection sociale :

N° Sécurité Sociale de cet allocataire

Nom : Prénom(s): ⁽¹⁾

Date et lieu de naissance à :.....

Nom de l'allocataire PF ⁽²⁾ : Son régime de protection sociale :

N° Sécurité Sociale de cet allocataire

Nom : Prénom(s): ⁽¹⁾

Date et lieu de naissance à :.....

Nom de l'allocataire PF ⁽²⁾ : Son régime de protection sociale :

N° Sécurité Sociale de cet allocataire

(1) Souligner le prénom usuel
 (2) PF : Prestations Familiales

Le membre ou associé de l'exploitation ou entreprise collective agricole concernée certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait le _____ Signature _____

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre Caisse de mutualité sociale agricole, qui a traité votre demande.

2. A- ACTIVITES DU CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE PACS

Cochez et remplir selon les cas :

- absence d'activité professionnelle
- activité professionnelle sur l'exploitation ou entreprise agricole depuis le
- activité professionnelle en dehors de l'exploitation ou entreprise, dans ce cas compléter les informations suivantes :

Nature de l'activité (à cocher)	Date de début d'activité	Caisses de rattachement Vieillesse, maladie	Département du lieu de travail ⁽¹⁾
<input type="checkbox"/> Salarié non agricole	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Salarié agricole	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Non salarié non agricole	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Non salarié agricole	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

2. B- AUTRES RENSEIGNEMENTS

Cocher selon les cas ⁽²⁾:

- Bénéficiaire du RSA ⁽³⁾
- Bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité PAJE ⁽⁴⁾
- Pensionné d'invalidité, depuis le
- Préretraité, retraité, depuis le
- Perception d'une indemnité France travail
- Bénéficiaire de la CMU ⁽⁵⁾
- Titulaire de l'AAH ⁽⁶⁾
- Bénéficiaire de l'ASPA ⁽⁷⁾

(1) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99
 (2) Voir notice – partie 2 - pour pièces justificatives
 (3) RSA : Revenu de Solidarité Active
 (4) PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
 (5) CMU : Couverture Maladie Universelle
 (6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

L'EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLE (INDIVIDUELLE OU « COLLECTIVE (1) »)

RAPPEL DE L'IDENTIFICATION DU DECLARANT (telle qu'indiquée en FICHE 1 ou en FICHE 2)

Nom : Prénom(s) :

N° Sécurité Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1- IDENTIFICATION DE L'EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLE

Nom ou raison sociale.....

N° SIREN – SIRET (2) si attribué

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse de l'exploitation ou entreprise (si différente de celle du déclarant en fiche 1 ou 2) ou du siège social en cas de société :

.....

--	--	--	--	--

N° tél.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse e-mail :

2 - STATUT

Cocher selon les cas :

- Exploitation individuelle autre que EIRL (3)
- GAEC (4)
- Coexploitation, indivision
- Société de droit (SCEA (5), SA (6), SARL (7), ...) : précisez
- EIRL : indiquez sa dénomination
- Autre

3 - DECLARATION AUPRES D'UN CENTRE DE FORMALITE DES ENTREPRISES

Si vous avez déjà procédé à la déclaration de création de votre exploitation ou entreprise auprès d'un Centre de Formalités des Entreprises (CFE), veuillez indiquer le CFE concerné :

Date de cette déclaration :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) Voir définition en notice explicative- partie 3-

(2) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENtreprises- Système d'Identification au Répertoire des Etablisements

(3) EIRL : Entreprise Individuelle à Responsabilité Limitée

(4) GAEC : Groupement Agricole d'Exploitation en Commun

(5) SCEA : Société Civile d'Exploitation Agricole

(6) SA : Société Anonyme

(7) SARL : Société A Responsabilité Limitée

4- ACTIVITES EXERCEES

4- A - EMPLOI DE SALARIE (S)

oui non

4- B - EXPLOITATION AGRICOLE

Date de début de l'activité exercée

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cochez la ou les cases correspondant aux activités exercées :

- Polyculture/élevage : préciser la superficie.....et fournir le bulletin de mutation de terres complété par le cédant
- Elevage spécialisé, compléter l'imprimé spécifique, disponible auprès de votre MSA
- Culture spécialisée, compléter l'imprimé spécifique, disponible auprès de votre MSA
- Prolongement de l'activité agricole** ⁽¹⁾ (transformation, conditionnement, commercialisation)

Temps de travail ⁽²⁾ estimé au niveau de l'activité de prolongement (chef ou associé participant, membres de la famille participant aux activités, salariés) : heures/an

Si l'activité de prolongement s'exerce sous une forme juridique distincte de l'exploitation, joindre une copie des statuts en pièce justificative et indiquez :

- les nom et prénom du dirigeant
- la raison sociale attachée à cette structure
- N° SIREN – SIRET ⁽³⁾ si attribué

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Activité d'agro-tourisme** ⁽⁴⁾ (logement en meublé, hébergement en plein air, prestations de loisirs, restauration)

Temps de travail ⁽²⁾ estimé au niveau de l'activité d'agro-tourisme (chef ou associé participant, membres de la famille participant aux activités, salariés) : heures/an

Si l'activité d'agro-tourisme s'exerce sous une forme juridique distincte de l'exploitation, joindre une copie des statuts en pièce justificative et indiquez :

- les nom et prénom du dirigeant
- la raison sociale attachée à cette structure.....
- N° SIREN – SIRET ⁽³⁾ si attribué

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Autres activités, précisez**

Revenu professionnel annuel estimé

Vous êtes affiliés en qualité de non salarié agricole si votre revenu annuel estimé sur une année civile est au moins égal à 800 SMIC.

Date de début de l'activité exercée :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- exploitation à titre individuel

Régime d'imposition

- REEL
- MICRO BA MICRO BIC Ventes MICRO BIC Prestations MICRO BNC
- IS

Montant estimé du revenu professionnel de l'année d'installation : _____

(1) Voir définition en « notice explicative – partie 3 » et entourer le type de prolongement concerné (transformation, conditionnement ou commercialisation)

(2) Voir Détermination du temps de travail dans le cadre des activités de prolongement et d'agro-tourisme en notice explicative – partie 6

(3) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENtreprises- Système d'Identification au Répertoire des Etablissemments

(4) Voir définition en « notice explicative – partie 3 » et entourer le type d'activité d'agro-tourisme concernée (logement meublé, hébergement en plein air, activité de loisirs, restauration)

4 -C- ENTREPRISE AGRICOLE

Date de début de l'activité exercée

Temps de travail :

Temps de travail global estimé au niveau de l'entreprise (chef, membres de la famille et salariés) : heures par an

Revenu professionnel annuel estimé :

Vous êtes affiliés en qualité de non salarié agricole si votre revenu annuel estimé sur une année civile est au moins égal à 800 SMIC.

Date de début de l'activité exercée :

entreprise à titre individuel

Régime d'imposition

REEL

MICRO BA MICRO BIC Ventes MICRO BIC Prestations MICRO BNC

IS

Montant estimé du revenu professionnel de l'année d'installation : _____

Nature de l'activité :

Travaux agricoles, précisez le type de travaux concernés :.....

Activité paysagiste, entretien, création d'espaces verts, précisez :.....

Travaux forestiers, précisez le type de travaux concernés :.....

Entraînement Trot Galop, n° de licence :.....

Dressage

En cas d'activité d'entraînement ou de dressage, indiquez le nombre d'équidés concernés

Mandataire GROUPAMA

Autres activités, précisez :.....

5 - EXPLOITATION OU ENTREPRISE « COLLECTIVE » (1)

5 - A -SON REGIME FISCAL

Impôt sur le revenu

Impôt sur les sociétés

5 - B - MEMBRES PARTICIPANT OU NON AUX TRAVAUX OU COEXPLOITANTS

Nombre de membres participant aux travaux

Nombre de membres ne participant pas aux travaux

Nombre de coexploitants

5 - C - REVENU PROFESSIONNEL INDIVIDUEL ANNUEL ESTIMATIF

Vous êtes affiliés en qualité de non salarié agricole si votre revenu annuel estimé sur une année civile est au moins égal à 800 SMIC.

Exploitation ou entreprise sous forme sociétaire/coexploitation/indivision

Nombre d'associés participant aux travaux |_|_|_|_|_|

Régime d'imposition

REEL

MICRO BA MICRO BIC Ventes MICRO BIC Prestations MICRO BNC

IS

Précisez le montant du revenu professionnel individuel estimé sur une année civile par associé :

Associé 1 : Nom et prénom(s) _____

Montant estimé du revenu professionnel : _____

Associé 2 : Nom et prénom(s) _____

Montant estimé du revenu professionnel : _____

Associé 3 : Nom et prénom(s) _____

Montant estimé du revenu professionnel : _____

(Si l'entreprise agricole est composée de plus de trois associés, veuillez compléter l'information sur papier libre)

6 - EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLE GEREE PAR UN PLURIACTIF- ACTIVITE SAISONNIERE)

Une **exploitation** ou **entreprise agricole** peut être **gérée par un « pluriactif »**, c'est-à-dire une personne exerçant simultanément des activités de nature agricole et non agricole.

Si c'est votre cas, indiquez éventuellement si vous êtes **imposé au titre de :**

L'article 75 du code général des Impôts (2)

L'article 155 du code général des Impôts (2)

Si vous êtes « pluriactif » et que par ailleurs vous exercez (une ou des) activités de nature saisonnière ⁽²⁾, veuillez, en cochant les rubriques suivantes, mentionner la **nature** de (cette ou ces) **activités saisonnières** :

Activité agricole

Activité non agricole

(1) - voir définition en notice explicative- partie 3

(2) - Voir informations concernant ce type d'imposition en notice explicative – partie 5

Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou le dirigeant de la société certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait le

Signature