

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

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

Afin de vous aider à remplir ce dossier d'affiliation, nous vous informons que **selon le statut de votre exploitation ou entreprise (individuelle ou collective)** et selon que des **aides familiaux ou associés d'exploitation** y participent ou non aux travaux, **votre MSA vous invitera** après vous avoir remis **une notice explicative**, à **compléter et signer les fiches** qui vous concernent, **la fiche 4 étant à remplir dans tous les cas.**

- 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

Les rubriques grisées au sein de ces fiches correspondent à des **données** que vous avez éventuellement déjà **communiquées au Centre de Formalités des Entreprises (C.F.E.)**, dont relève votre entreprise à l'occasion de la déclaration de sa création, ces informations étant ensuite transmises à votre MSA.

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

- **Adhésion ATEXA ⁽¹⁾**
Cet imprimé vous permettra d'exercer, conformément à l'article L 752-13 du code rural, votre libre choix en matière d'assureur ATEXA, parmi les organismes autorisés par arrêté du Ministère chargé de l'agriculture, dont la liste est jointe à l'imprimé.
- **Adhésion AMEXA ⁽²⁾**
Ce formulaire vous permettra, conformément à l'article L 731-30 du code rural d'exercer votre libre choix en matière d'organisme assureur (maladie, maternité, invalidité, décès), entre la MSA et le GAMEX ⁽³⁾, dès lors que vous n'avez pas déjà formalisé ce choix auprès du Centre de Formalités des Entreprises dont relève votre exploitation ou entreprise.
- **Statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles**
Cet imprimé permettra à votre conjoint, concubin ou partenaire PACS d'opter pour le statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles.
- **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»**

(1) ATEXA : Accident du Travail des EXploitants Agricoles

(2) AMEXA : Assurance Maladie des EXploitants Agricoles

(3) GAMEX : Groupement des Assureurs Maladie pour les EXploitants agricoles

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="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** ⁽²⁾

1.C- RENSEIGNEMENTS POUR LE CALCUL DES COTISATIONS ET DES CONTRIBUTIONS (CSG-CRDS) ⁽³⁾

- Quel est votre **régime d'imposition** ? : (réel, forfait, etc)
- Vous souhaitez opter pour le calcul de vos cotisations et contributions sociales sur la base d'une assiette annuelle (n-1), veuillez remplir l'imprimé correspondant
- Vous êtes **propriétaire de terres** que vous exploitez et souhaitez opter pour la déduction du « revenu implicite du capital foncier », veuillez remplir l'imprimé correspondant
- Vous souhaitez bénéficier le cas échéant, de **l'exonération de cotisations Jeune agriculteur** :
 - 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**, 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

1.D - AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DECLARANT

Quel était votre régime de protection sociale avant votre installation ?

Situations particulières (cocher selon les cas) ⁽⁴⁾ :

<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RMI	<input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité ASSEDIC
<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="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 définition en notice explicative
 (3)CSG-CRDS : Contribution Sociale Généralisée- Contribution au Remboursement de la Dette Sociale
 (4) voir notice pour pièces justificatives
 (5) CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
 (6) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (7) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes âgées, ex allocation au Fonds de Solidarité Vieillesse

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

Fait le

Signature

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>	<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="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="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=""/>
Département,	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Nom ou raison sociale	
N° SIREN – SIRET ⁽¹⁾ <i>si attribué</i>	<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="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="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=""/>
Département,	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

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="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="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="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

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.D - RENSEIGNEMENTS POUR LE CALCUL DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS (CSG-CRDS) ⁽⁴⁾

- 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 le cas échéant, du **droit à l'exonération Jeune agriculteur** :
 - 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. ⁽⁵⁾, 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

(1) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENtreprises- Système d'Identification au Répertoire des Etablissements
 (2) si activité à l'étranger, inscrire 99
 (3) voir définition en notice explicative
 (4) CSG-CRDS : Contribution Sociale Généralisée- Contribution au Remboursement de la Dette Sociale
 (5) PF : Prestations Familiales

1.E- AUTRES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DECLARANT ⁽¹⁾

Quel était votre régime de protection sociale avant votre installation ?

Situations particulières ⁽¹⁾ (Cocher selon les cas) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RMI | <input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité ASSEDIC |
| <input type="checkbox"/> Parlementaire ou ancien parlementaire | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMUC ⁽²⁾ |
| <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 ⁽³⁾ |
| <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 ⁽⁴⁾ |

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

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

Prénoms : Nationalité ⁽¹⁾ :

Date et lieu de naissance à :

N° Sécurité Sociale

2. A- SES ACTIVITES

- - **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 en tant que salarié » ou « non », allez directement en 2-B**

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

- D'une activité de co-exploitant(e)
- D'une activité autre que celle de co-exploitant (e), mais de nature agricole
- D'une activité autre que celle de co-exploitant(e), mais de nature non agricole

- - **Si la réponse précédente est « autre que celle de co-exploitant (e) », la personne concernée sera invitée à opter pour le statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole, à l'aide d'un imprimé disponible auprès de sa MSA**

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

Nature de l'activité (à cocher)	Date de début d'activité	Caisses de rattachement		Département du lieu de travail ⁽⁵⁾
		Vieillesse, maladie		
<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="checkbox"/> Salarié 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="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="checkbox"/> Non salarié 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"/>

(1) Voir notice pour pièces justificatives
 (2) CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
 (3) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (4) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, ex allocation au Fonds de Solidarité Vieillesse
 (5) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99

2.B- AUTRES RENSEIGNEMENTS

Situations particulières ⁽¹⁾ (Cocher selon les cas) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RMI | <input type="checkbox"/> Perception d'une indemnité ASSEDIC |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité PAJE ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de la CMU ⁽³⁾ |
| <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 ⁽⁴⁾ |
| <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 ⁽⁵⁾ |

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): ⁽⁶⁾
Date et lieu de naissance <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"/>	à :
Nom de l'allocataire PF ⁽⁷⁾ :	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"/>

Nom:	Prénom (s): ⁽⁶⁾
Date et lieu de naissance <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"/>	à :
Nom de l'allocataire PF ⁽⁷⁾ :	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"/>

Nom:	Prénom (s): ⁽⁶⁾
Date et lieu de naissance <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"/>	à :
Nom de l'allocataire PF ⁽⁷⁾ :	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"/>

- (1) voir notice pour pièce justificative
- (2) PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
- (3) CMU : Couverture Maladie Universelle
- (4) AAH : Allocation aux Adultes handicapés
- (5) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, ex allocation au Fonds de Solidarité Vieillesse
- (6) souligner le prénom usuel
- (7) PF : Prestations Familiales

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

Fait le _____ Signature _____

AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION ⁽¹⁾ - SON « CONJOINT »- SES ENFANTS A CHARGE

RAPPEL DE L'IDENTIFICATION DU CHEF D'EXPLOITATION OU D'ENTREPRISE (telle qu'indiquée en fiche 1 ou fiche 2)

Nom :

N° Sécurité Sociale

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

1 - L'AIDE FAMILIAL OU L'ASSOCIE D'EXPLOITATION

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

Prénoms : Nationalité ⁽²⁾ :

Date et lieu de naissance

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

 à :

N° Sécurité Sociale

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

Adresse du domicile (si différente de celle du déclarant)

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

Statut concerné:

Cocher selon les cas :

Aide familial ⁽³⁾

Associé d'exploitation

Lien de parenté de l'aide familial ou associé d'exploitation avec le déclarant :

Date d'ouverture de ce statut

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

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

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

Activité professionnelle en dehors de l'exploitation ou entreprise :

- L'aide familial ou associé d'exploitation est-il demandeur d'emploi ? Oui Non

- Si l'aide familial ou associé d'exploitation exerce une activité professionnelle en dehors de l'exploitation, précisez :

- l'activité :

- l'organisme d'affiliation :

- le temps de travail de l'année précédente :

- la date de début de cette activité

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

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

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

Situation familiale (cocher selon les cas) :

Mariage Vie maritale Veuvage Séparation Divorce P A C S

Depuis le

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

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

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

Célibat

2- LE CONJOINT (E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS DE L'AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION

Nom de naissance : Nom marital ou d'usage :

Prénoms : Nationalité ⁽²⁾ :

Date et lieu de naissance

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

 à :

N° Sécurité Sociale

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

(1) voir définition en notice explicative
 (2) voir notice pour pièces justificatives (si personne inconnue de la MSA)
 (3) La durée du statut des aides familiaux est, à compter du 18 mai 2005 limitée à 5 ans

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, ceci 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 RMI
- Bénéficiaire d'un complément de libre choix d'activité PAJE ⁽³⁾
- Pensionné d'invalidité, depuis le
- Préretraité, retraité, depuis le
- Perception d'une indemnité ASSEDIC
- Bénéficiaire de la CMU ⁽⁴⁾
- Titulaire de l'AAH ⁽⁵⁾
- Bénéficiaire de l'ASPAs ⁽⁶⁾

(1) Si activité exercée à l'étranger, inscrire 99
 (2) Voir notice pour pièces justificatives
 (3) PAJE : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
 (4) CMU : Couverture Maladie Universelle
 (5) AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
 (6) ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, ex allocation au Fonds de Solidarité Vieillesse

3 - ENFANT(S) A LA CHARGE DE L'AIDE FAMILIAL OU ASSOCIE D'EXPLOITATION OU DE SON CONJOINT (E), CONCUBIN (E) OU PARTENAIRE PACS

Recensez ci-dessous les enfants à charge de l'aide familial ou associé d'exploitation ou de son conjoint(e) ou concubin(e)

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 : Prestation Familiale

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

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:

N° Sécurité Sociale

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

1- IDENTIFICATION DE L'EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLENom 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.

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

N° télécopie

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

Adresse e-mail (le cas échéant) :

2 - STATUT JURIDIQUECocher selon les cas :

- Exploitation individuelle
- GAEC ⁽³⁾
- Coexploitation, indivision
- Société de droit (S.C.E.A. ⁽⁴⁾, S.A. ⁽⁵⁾, S.A.R.L. ⁽⁶⁾, ...), précisez
- 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 , veuillez indiquer la nature du Centre de Formalités des Entreprises concerné :

La date de cette déclaration :

--	--

--	--

--	--	--	--	--

(1) Voir définition en notice explicative
(2) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENtreprises- Système d'Identification au Répertoire des ETablislements
(3) GAEC : Groupement Agricole d'Exploitation en Commun
(4) SCEA : Société Civile d'Exploitation Agricole
(5) SA : Société Anonyme
(6) SARL : Société Anonyme à Responsabilité Limitée

4- ACTIVITES EXERCEES**4- A - EMPLOI DE MAIN D'ŒUVRE SALARIEE** 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
- Tourisme rural, préciser l'activité exercée
- Prolongement de l'activité agricole ⁽¹⁾ (transformation, conditionnement, commercialisation). Si cette activité s'exerce sous une forme juridique distincte de l'exploitation, joindre en pièce justificative une copie des statuts et indiquez :
- les nom et prénom du dirigeant
- la raison sociale attachée à cette structure.....
- N° SIREN – SIRET ⁽²⁾ si attribué

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Autres activités, précisez

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

Nature de l'activité :

- Travaux agricoles, précisez le type de travaux concernés
- Entreprise paysagiste, entretien, création d'espaces verts, précisez
- Travaux forestiers, précisez le type de travaux concernés
- Entraînement Trot Galop, n° de licence
- Dressage
- Artisan rural, précisez l'activité concernée
- Mandataire GROUPAMA
- Autres activités, précisez

(1) Entourer le type de prolongement concerné (transformation, conditionnement ou commercialisation)

(2) SIREN-SIRET : Système d'Identification au Répertoire des ENTreprises- Système d'Identification au Répertoire des ETablissements

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 **6 - EXPLOITATION OU ENTREPRISE AGRICOLE GEREE PAR UN PLURIACTIF - ACTIVITE SAISONNIERE ⁽¹⁾**

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 et si vous exercez dans ce cadre (une ou des) activités de nature saisonnière ⁽¹⁾, veuillez en cochant les rubriques suivantes, confirmer :

- **La nature de (cette ou ces) activités saisonnières :**Activité agricole Activité non agricole - **Le fait que, le cas échéant vous êtes imposé au titre de :**L'article 75 du Code Général des Impôts L'article 155 du Code Général des Impôts

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

Fait le**Signature****(1)** voir définition en notice explicative