

DECLARATION RELATIVE A UNE ASSOCIATION

Pour faciliter votre déclaration, reportez-vous à la notice

RESERVE AU CFE MGUIDBEFKTLW

Déclaration n°.....
 Reçue le
 Transmise le

1	<input checked="" type="checkbox"/> ASSOCIATION LOI 1901	<input type="checkbox"/> ASSOCIATION RELEVANT DU CODE CIVIL LOCAL	<input type="checkbox"/> AUTRES (fondations, fonds de dotation, etc) Préciser.....
	<input type="checkbox"/> ASSOCIATION EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> ASSOCIATION REDEVABLE D'IMPOT (si non employeur)	<input checked="" type="checkbox"/> DEMANDE DE SUBVENTION (si non employeur et non redevable d'impôt)
	<input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU REPERTOIRE DES METIERS	<input type="checkbox"/> IMMATRICULATION AU REGISTRE DU COMMERCE ET DES SOCIETES	

RAPPEL D'IDENTIFICATION

2 4	TITRE ASSOCIATION POUR LE RAYONNEMENT ET LES TRANSFORMATIONS EN CONSCIENCE PHYSIOLOGIQUE
	Sigle, le cas échéant
	Numéro du Répertoire National des Associations (RNA, ...) W381029702
	Date de clôture de l'exercice : _ _ _ _ _ _ _ _
Objet de l'association: protéger, promouvoir et développer la marque conscience physiologique dans le domaine de la thérapie psycho-corporelle	
Activité(s) exercée(s) par l'association: protéger, promouvoir et développer la marque conscience physiologique dans le domaine de la thérapie psycho-corporelle	

3	ADRESSE DU SIEGE <i>Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit</i>
	124 RUE des Gantieres Code postal 38530 Commune Chapareillan
	Préciser si le siège est fixé:
	<input type="checkbox"/> Au domicile du représentant légal dans le cadre de la domiciliation provisoire <input type="checkbox"/> Dans une entreprise de domiciliation:

DÉCLARATION RELATIVE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ACTIVITÉ

5	ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT où s'exerce l'activité, si différente du siège Rés., bât., app., étage, n°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ Commune	
6	DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ _ _ _ _ _ _ _ _ <input checked="" type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Saisonnière <input type="checkbox"/> Ambulante	Si activité agricole, préciser : Parmi ces activités exercées, indiquer la plus importante en ne cochant qu'une seule case :
7	Activité principale exercée (hors activité agricole) : Services de Thérapie Psycho-Corporelle Autre(s) activité(s) : éducation, formation, organisation de colloques, produits d'imprimerie	CULTURE DE: <input type="checkbox"/> Céréales, légumineuses, graines oléagineuses <input type="checkbox"/> Riz <input type="checkbox"/> Légumes, melons, racines et tubercules <input type="checkbox"/> Canne à sucre <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Plantes à fibres <input type="checkbox"/> Autres cultures non permanentes <input type="checkbox"/> Vigne <input type="checkbox"/> Fruits tropicaux et subtropicaux <input type="checkbox"/> Agrumes <input type="checkbox"/> Fruits à pépins et à noyaux <input type="checkbox"/> Fruits oléagineux <input type="checkbox"/> Autres fruits d'arbres ou d'arbustes, fruits à coques <input type="checkbox"/> Plantes à boisson <input type="checkbox"/> Plantes à épices aromatiques, médicinales et pharmaceutiques <input type="checkbox"/> Autres cultures permanentes, préciser ÉLEVAGE DE: <input type="checkbox"/> Vaches laitières <input type="checkbox"/> Autres bovins et buffles <input type="checkbox"/> Chevaux et autres équidés <input type="checkbox"/> Chameaux et autres camélidés <input type="checkbox"/> Ovins et caprins <input type="checkbox"/> Porcins <input type="checkbox"/> Volailles <input type="checkbox"/> Aquaculture en mer <input type="checkbox"/> Aquaculture en eau douce <input type="checkbox"/> Autres animaux, préciser AUTRES ACTIVITÉS: <input type="checkbox"/> Culture et élevage associés <input type="checkbox"/> Activités des pépinières <input type="checkbox"/> Sylviculture et autres activités forestières <input type="checkbox"/> Autre, préciser En plus de cette activité, l'association exerce-t-elle : <input type="checkbox"/> une activité viticole <input type="checkbox"/> une activité d'élevage

PERSONNE(S) HABILITÉE(S) A REPRESENTER L'ASSOCIATION (OPTIONNEL)

8	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....
9	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....
10	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....
11	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....
12	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....
13	QUALITÉ Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ _ Commune / Pays Nationalité.....

OPTION(S) FISCALE(S)

14

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

15

OBSERVATIONS:

16

ADRESSE de correspondance: Déclarée au cadre n° ... Autre: 71 CHE de Font Escalières
Code postal 30000 Commune NIMESTél 0641674825 Tél
Télécopie / courriel james.onzon@gmail.com

17

 LE REPRÉSENTANT LÉGAL *Déclarée au cadre n° ...*
 LE MANDATAIRE *ayant procuration*
nom, prénom / dénomination et adresse
Monsieur onzon james PrésidentCertifie l'exactitude des renseignements
donnés
Fait à Nîmes
Le 09/04/2025
Intercalaire JQPA oui non Nombre: ...
Intercalaire NDI oui non Nombre: ...**SIGNATURE**