

***Service de l’Accompagnement des Entreprises***

***Bureau des professions réglementées***

***–***

***Tel : 23.22.53 / fax : 23.22.51***

***34 bis rue du Général Gallieni***

***B.P. M2 – 98849 Nouméa Cedex***

***dae.sae@gouv.nc***

**COIFFURE - DECLARATION D'ACTIVITE**

Dénomination - Raison sociale : ...............................................................................

SARL/EURL .. EI SEP

Enseigne : ...............................................................................

En salon Hors salon Fauteuil

(au domicile des particuliers ; ambulant)

Enseigne du salon dans le cadre d’une location fauteuil ...............................................................................

Adresse physique d’exercice (complète) .............................................................................. (N°, Imm, Rue, Quartier, Lotissement , Commune) ...............................................................................

Autre adresse (hors salon) ......................................................................................

Adresse postale (BP + Code + Commune) : ......................................................................................

Téléphone fixe / Mobilis : ....................................…... /........................................

Adresse mail : ....................................................................................

N° d'inscription au RIDET/ RCS (le cas échéant) : ........................................../..........................................

N° d'inscription au Registre des Métiers : ....................................................................................

Adresse(s) de(s) succursale(s) : ..............................................................................

..............................................................................

**Création d’activité Réactualisation d’activité**

**Date de commencement de l’activité**  ………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Resp.Techn.** | **Gérant** | **Employé** | **Diplôme(s)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tout salon de coiffure doit être placé sous la responsabilité d'un responsable technique (personne titulaire du brevet professionnel de coiffure)**

Fait à……………, le ..................................................

**Signature du gérant**

**Pièces à joindre à la déclaration**

- Copie certifiée conforme du ou des diplômes

- Copie de l'inscription au répertoire des métiers

- Copie de l'avis d'identification au Ridet

- Extrait K-bis (le cas échéant)