

Date de réception du dossier
par Mairie de GAP (cadre
réservé à l'administration)

.....

Dossier de demande d'indemnisation

Toutes les rubriques doivent obligatoirement être renseignées

Commission Consultative de Règlement Amiable

Créée par délibération du conseil municipal le 27 septembre 2024

*Ce dossier est destiné à l'instruction des demandes des entreprises en activité
La ville de Gap s'engage à respecter la confidentialité de ces informations transmises et à ne
pas les diffuser à d'autres que les membres de la commission.*

Présentation du demandeur

Nom et prénom du signataire :

Qualité du signataire dans l'entreprise :

Chef d'entreprise Gérant Président Autre :

Dénomination commerciale :

Adresse de l'établissement concerné :

N° de tel :

Coordonnées Mail :

Jours et horaires d'ouverture habituels :

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Nature de l'activité :

Surface du magasin et/ou des locaux :

Fiche d'identité de l'entreprise

I. Présentation de l'entreprise

Date de création de l'entreprise :

Forme juridique :

Entreprise individuelle SA SAS SARL EURL Autres :.....

N° SIRET

CODE APE :

Régime fiscal :

BIC IR IS BNC IR

Assujetti TVA

Date de clôture de l'exercice comptable :

Effectif

Temps plein :

Temps Partiel :

Apprentis :

Modalités d'exploitation du fonds de commerce :

Propriétaire exploitant
 Contrat de franchise
 Commerce intégré
 Location gérance
 Autre :.....

Propriété des murs :

Propriétaire des murs (en propre ou par une SCI) Locataire à un tiers

Le local

Surface :

Montant du loyer HT / mois :

Type de bail :.....

Présentation financière de l'entreprise :

	N-2	N-1	2024
Capital individuel			
Fonds propres			
Total bilan			
Trésorerie			

Présentation de votre activité

Vos produits / Services :

Vos modes de commercialisation :

Vente en magasin : % du CA
Vente en ligne : % du CA
Ventes livrées : % en CA
Ventes sur foires et marchés : % du CA
Autre : % en CA

Votre clientèle

Clientèle de proximité : % en CA
Clientèle de passage : % en CA
Clientèle de particulier : % en CA
Clientèle de professionnels : % en CA

Vos principaux concurrents

II. Mesures prises en raison de difficultés liées aux travaux :

1. Gestion des ressources humaines :

- Chômage partiel, précisez :
- Licenciement, précisez :
- Congés annuels, précisez :
- Congés formation, précisez :
- Autre, précisez :

2. Loyer

Avez-vous engagé des démarches pour renégocier votre loyer commercial durant la période de travaux ?

OUI

NON

Si oui, sur quel montant ?

3. Trésorerie

Avez-vous dû consolider votre trésorerie ?

OUI

NON

Si oui, par quels moyens (réseau bancaire, organisme public, autofinancement, autres) ?

Quels sont les surcoûts engendrés ?

4. Autres mesures d'ordre commercial (surcoûts divers)

- Surcoûts liés à la communication :
- Surcoûts liés à des changements de rythmes de livraison :
- Surcoûts liés à la diminution des commandes :
- Surcoûts liés à la modification des horaires d'ouverture :

IV. Incidences financières des travaux (impact sur le CA et la marge brute)

Incidence sur le CA de l'entreprise :

Indiquer le montant du chiffre d'affaires HT mensuel

Mois	N-3 2021	N-2 2022	N-1 2023	Moyenne N-2, N-1	N 2024
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					
Mai					
Juin					
Juillet					
Août					
Septembre					
Octobre					
Novembre					
Décembre					
Moyenne annuelle					

Incidence sur la marge brute de l'entreprise :

Année	CA	Achats	Variation de stock Stock initial – Stock final	Marge brute dégagée
N-2 2022				
N-1 2023				
N 2024				

Coûts supplémentaires engagés par l'entreprise dans le cadre des travaux :

V. Observations de l'entreprise

Vous pouvez également ajouter, si vous le jugez utile, toutes les pièces de nature à établir la réalité des préjudices subis.

Le signataire :

- *certifie l'exactitude des renseignements figurant dans la présente demande,*
- *atteste sur l'honneur la régularité de la situation fiscale et sociale de l'entreprise qu'il représente,*

CACHET DE L'ENTREPRISE

NOM ET QUALITE DU SIGNATAIRE

A :

SIGNATURE

LE :

Coordonnées du comptable ou expert-comptable

Nom du Cabinet :

Adresse :

N° Siret :

Adresse électronique :

N° de téléphone :

CERTIFICATION DU COMPTABLE

A :

SIGNATURE

LE :