

Agence de Prévoyance Sociale
de TREICHVILLE
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 05 Juillet 2024

N°: 02/1697/1/APST/2024

Je soussigné (e) Monsieur **KOUAKOU KOUAME PHILIPPE**, Adjoint au Directeur de
l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **KOUAME BLANZARD MOHAMED**
Né(e) le : **04/06/1999**
Adresse: **01 BP 902 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250714505949**
Email: **kouameblanzardmohamed@gmail.com**
N°pièce d'identité: **CI006052146**
Date de validité de la pièce: **21/08/2033**
Employé(e) chez: **SOCIETE REDA ET FILS COTE D'IVOIRE**
Matricule employeur: **278 537**
Depuis le: **01/11/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **199011969378**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

L'ADJOINT AU DIRECTEUR

KOUAKOU KOUAME PHILIPPE