

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

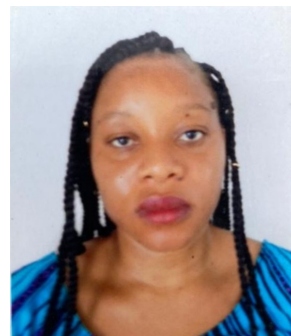


Abidjan, le 17 Juillet 2024

N°: 02/2709/1/APST/2024

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


Mademoiselle: **FOFANA MASSONGONNA**
Né(e) le : **17/01/1994**
Adresse: **05 BP 537 ABIDJAN 05**
Téléphone: **2250546312515**
Email: **fofamassong64@gmail.com**
N°pièce d'identité: **20AC43175**
Date de validité de la pièce: **16/07/2025**
Employé(e) chez: **ETABLISSEMENT FOFANA**
Matricule employeur: **429816**
Depuis le: **01/02/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **186171921537**.

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