

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



Abidjan, le 08 Novembre 2024

N°: 02/2825/1/APST/2024

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,  
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **SIDIBE ALPHA**

Né(e) le: **05/10/2006**

Adresse: **05 BP 4421 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2721285150**

N°pièce d'identité: **CI000260434**

Date de validité de la pièce: **16/10/2030**

Employé(e) chez: **ENTREPRISE TRAORET**

Matricule employeur: **268995**

Depuis le: **10/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **106012312071**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE



ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE