

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



Abidjan, le 30 Novembre 2024

N°: 02/1357/APST/2024

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

Madame: **KOUYATE NANAN HEREDYSSE**

Né(e) le: **11/01/1996**

Adresse: **20 BP 776 ABIDJAN 20**

Téléphone: **2250707647643**

Email: **kouyateheredyse18@gmail.com**

N°pièce d'identité: **C0126202379**

Date de validité de la pièce: **11/04/2029**

Employé(e) chez: **SOCIETE NOUVELLE SUD CONSTRUCTION**

Matricule employeur: **88712**

Depuis le: **12/10/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **296011949021**.

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