

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



Abidjan, le 07 Septembre 2023

**N°: 02/2184/1/APST/2023**

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

Monsieur: **TRAORE SOULEYMANE**

Né(e) le: **18/01/1982**

Adresse: **01 BP 5939 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250707057213**

Email: **souleymanetraore@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002284447**

Date de validité de la pièce: **16/09/2031**

Employé(e) chez: **SOCIETE REDA ET FILS COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **278537**

Depuis le: **01/01/2016**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **182011039685**.

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**