

**Agence de Prévoyance Sociale  
de PLATEAU**  
Tel: 27 20 33 00 20



Abidjan, le 08 Mars 2024

**N°: 01/197/1/APSP/2024**

Je soussigné (e) Monsieur **MEBY A. FOFANA**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de PLATEAU atteste que :

Mademoiselle: **SOHI MEDIE LAURETTE**

Né(e) le: **08/06/1996**

Adresse: **18 BP 15 ABIDJAN 18**

Téléphone: **2250757355970**

Email: **laurettesohi@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI004456247**

Date de validité de la pièce: **27/06/2032**

Employé(e) chez: **SONARRC.SA**

Matricule employeur: **172554**

Depuis le: **10/04/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202100064313**.

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

**LE DIRECTEUR D'AGENCE**



**MEBY A. FOFANA**