

**Agence de Prévoyance Sociale
de YOPOUGON**
Tel: 27 23 53 76 90



Abidjan, le 11 Juin 2025

N°: 06/788/1/PSY/2025

Je soussigné (e) Madame **KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de YOPOUGON atteste que :

Madame: **N'DRIN N'GUESSAN ELODIE**

Né(e) le: **23/09/1990**

Adresse: **31 BP 645 ABIDJAN 31**

Téléphone: **2250707774119**

E-mail: **ndrinnguessanelodie@gmail.com**

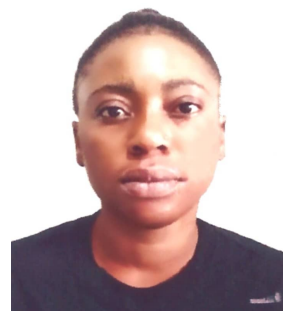
N°pièce d'identité: **CI004959755**

Date de validité de la pièce: **11/10/2032**

Employé(e) chez: **GROUPE SCOLAIRE LES PETITS SAVANTS**

Matricule employeur: **354594**

Depuis le: **02/09/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202200095720**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE

KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE