

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



Abidjan, le 11 Août 2025

N°: 06/1927/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **GLAOUACHRISTELLECHERONNE**

Né(e) le: **12/11/1987**

Adresse: **05 BP 6437 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250505007846**

Email: **cheronne02@gmail.com**

N°passeport: **CI006050494**

Date de validité de la pièce: **21/08/2033**

Employé(e) chez: **CLINIQUE MEDICALE LE GRAND CENTRE**

Matricule employeur: **69407**

Depuis le: **01/03/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202500000475**.

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