

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



Abidjan, le 13 Août 2025

N°: 06/4015/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **DOUMOUYA AICHA**

Né(e) le: **11/10/1999**

Adresse: **01 BP 1904 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250787506049**

Email: **aichadjaka11@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI004588003**

Date de validité de la pièce: **04/08/2032**

Employé(e) chez: **D.A SERVICES**

Matricule employeur: **481257**

Depuis le: **01/03/2025**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **299032584627**.

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