

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



Abidjan, le 19 Août 2025

N°: 06/2286/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **N'DRI AHOU ANGE ESTELLE**

Né(e) le: **12/08/1993**

Adresse: **05 BP 6437 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250506564512**

Email: **angeahou13@gmail.com**

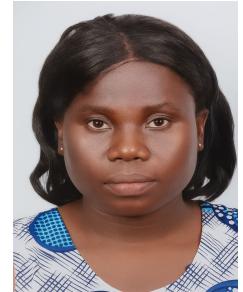
N°passeport: **CI002744718**

Date de validité de la pièce: **24/12/2031**

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

Matricule employeur: **69407**

Depuis le: **02/02/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **293022371865**.

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