

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



Abidjan, le 21 Août 2025

**N°: 06/729/1/PSY/2025**

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

Madame: **SORO KATCHENE FATIM**

Né(e) le: **08/10/1997**

Adresse: **09 BP 3817 ABIDJAN 09**

Téléphone: **2250546231414**

Email: **sorofatimkat@gmail.com**

N°Passeport: **CI005777190**

Date de validité de la pièce: **22/05/2033**

Employé(e) chez: **TEREBAT**

Matricule employeur: **312641**

Depuis le: **01/08/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **297011967535**.

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**