

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



Abidjan, le 27 Août 2025

N°: 06/2762/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **TOURE FATIM CHARLENE ADELE**

Né(e) le: **04/08/1999**

Adresse: **23 BP 798 ABIDJAN 23**

Téléphone: **2250769004582**

Email: **fatim8544@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI004392185**

Date de validité de la pièce: **13/06/2032**

Employé(e) chez: **LGI LEADEAR GENERAL INDUSTRY**

Matricule employeur: **398079**

Depuis le: **05/12/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202021877556**.

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**