

**Agence de Prévoyance Sociale  
de TREICHVILLE**  
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 02 Septembre 2025

**N°: 02/1967/1/APST/2025**

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,  
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Mademoiselle: **CAMARA M'MAH**

Né(e) le: **05/03/1996**

Adresse: **01 BP 3008 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250705314085**

N°pièce d'identité: **O01079043**

Date de validité de la pièce: **27/01/2030**

Email: **mmah81196@gmail.com**

Employé(e) chez: **SICTA**

Matricule employeur: **284506**

Depuis le: **04/05/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **296052248764**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

**LE DIRECTEUR D'AGENCE**



**ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**