

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



Abidjan, le 02 Septembre 2025

N°: 06/2732/1/APSY/2025

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

Madame: **DJEDJI YOUWA ELISABETH**

Né(e) le: **31/01/1989**

Adresse: **01 BP 1632 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250717820803**

Email: **elysedjedji123@gmail.com**

N°pièce d'identité: **25AA45223**

Date de validité de la pièce: **09/07/2030**

Employé(e) chez: **SYNERCOM**

Matricule employeur: **492947**

Depuis le: **10/04/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **289042079504**.

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**