



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

Abidjan, le 08 Septembre 2025

N°: 02/1908/1/APST/2025

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

Monsieur: **KONE MOHAMED BEN OUSSENI**

Né(e) le: **25/11/2006**

Adresse: **26 BP 725 ABIDJAN 26**

Téléphone: **2250546231414**

N°pièce d'identité: **24AV56194**

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

Email: **kone.Mohamedben@gmail.com**

Employé(e) chez: **HOTEL REFUGE**

Matricule employeur: **298242**

Depuis le: **01/12/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202200014872**.

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