

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



Abidjan, le 09 Septembre 2025

N°: 06/2834/1/APSY/2025

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

Monsieur: **BAKAYOKO ALI**

Né(e) le: **25/04/1997**

Adresse: **03 BP 1514 ABIDJAN 03**

Téléphone: **2250749116984**

Email: **Bakayali9504@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005494036**

Date de validité de la pièce: **22/02/2033**

Employé(e) chez: **SOCIETE INTERNATIONALE DE CONSTRUCTION ET DE
DISTRIBUTION**

Matricule employeur: **280007**

Depuis le: **02/08/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202311536103**.

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