

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



Abidjan, le 12 Septembre 2025

N°: 06/2138/1/APSY/2025

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

Monsieur: **BOLOU CHRIS-ANGE ROMARIC**

Né(e) le: **19/07/1996**

Adresse: **04 BP 1344 ABIDJAN 04**

Téléphone: **2250586173445**

Email: **bolouchris8@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005797578**

Date de validité de la pièce: **01/06/2033**

Employé(e) chez: **MULTIPACK S.A**

Matricule employeur: **152339**

Depuis le: **05/10/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202010969504**.

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