

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



Abidjan, le 19 Septembre 2025

N°: 06/1834/1/APSY/2025

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

Madame: **TOURE FATOU**
Né(e) le: **01/01/1978**
Adresse: **01 BP 1840 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250505752892**
Email: **toure1978fatou@gmail.com**
N°pièce d'identité: **CI000123311**
Date de validité de la pièce: **31/08/2030**
Employé(e) chez: **NESTLE COTE D'IVOIRE**
Matricule employeur: **2118**
Depuis le: **08/08/2006**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **278010751990**.

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