

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



Abidjan, le 06 Octobre 2025

N°: 06/2368/1/APSY/2025

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

Madame: **TRA LOU GOHI OLIVE**

Né(e) le: **26/01/1994**

Adresse: **01 BP 1289 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250788765016**

Email: **o1382420@gmail.com**

N°pièce d'identité: **25AC04737**

Date de validité de la pièce: **14/09/2030**

Employé(e) chez: **SUCRIVOIRE**

Matricule employeur: **237329**

Depuis le: **08/03/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **294032124702**.

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