

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



Abidjan, le 19 Novembre 2025

**N°: 06/2944/1/APSY/2025**

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

Mademoiselle: **KANGA N'GUESSAN RAISSA STEPHANIE**

Né(e) le: **10/10/2000**

Adresse: **06 BP 2561 ABIDJAN 06**

Téléphone: **2250789440093**

Email: **kangarai10@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005675316**

Date de validité de la pièce: **25/04/2033**

Employé(e) chez: **SIBM**

Matricule employeur: **371468**

Depuis le: **03/03/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **200032279635**.

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**