

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



Abidjan, le 19 Novembre 2025

N°: 06/5182/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **KONATE KARIDJA**

Né(e) le: **04/10/2000**

Adresse: **08 BP 78 ABIDJAN 08**

Téléphone: **2250778239939**

Email: **kkady5897@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI003676983**

Date de validité de la pièce: **08/04/2032**

Employé(e) chez: **CMAD**

Matricule employeur: **368491**

Depuis le: **06/01/2025**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202500127801**.

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