

**Agence de Prévoyance Sociale
de TREICHVILLE**
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 22 Décembre 2025

N°: 02/4377/1/APST/2025

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Madame: **YEO NAMINATA**
Né(e) le: **12/01/1999**
Adresse: **BP ABIDJAN**
Téléphone: **2250501743631**
N°pièce d'identité: **CI004798370**
Date de validité de la pièce: **12/09/2032**
Email: **yeo.nami0199@gmail.com**
Employé(e) chez: **RMO**
Matricule employeur: **50066**
Depuis le: **02/10/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **299231923802**.
En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

LE DIRECTEUR D'AGENCE



ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE