

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



Abidjan, le 12 Janvier 2026

N°: 02/2199/1/APST/2026

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

Madame: **FOFANA MALIMA**
Né(e) le: **01/03/1992**
Adresse: **01 BP 2342 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250709123598**
N°pièce d'identité: **CI000090121**
Date de validité de la pièce: **10/10/2032**
Email: **missmilima92@gmail.com**
Employé(e) chez: **SODECI**
Matricule employeur: **177410**
Depuis le: **01/04/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **292119783639**.

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