

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



Abidjan, le 14 Mai 2025

N°: 06/833/1/APSY/2025

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

Monsieur: **YAO SAINT VIANNEY MONDESIR**
Né(e) le: **14/02/1999**
Adresse: **01 BP 11880 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250758668448**
N°pièce d'identité: **24AX22163**
Date de validité de la pièce: **04/05/2030**
Employé(e) chez: **JEBEILIAND COMPAGNY**
Matricule employeur: **451297**
Depuis le: **09/01/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **199010727416**.

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