

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



Abidjan, le 16 Mai 2025

**N°: 02/4154/APST/2025**

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

Monsieur: **FOFANA ADAMA**

Né(e) le: **21/06/1999**

Adresse: **15 BP 648 ABIDJAN 15**

Téléphone: **2250748745959**

E-mail: **fofanadama341@icloud.com**

N°pièce d'identité: **CI004661544**

Date de validité de la pièce: **19/08/2032**

Employé(e) chez: **SIMAT(SOCIETE IVOIRIENNE DE MANUTENTION ET DE TRANSIT**

Matricule employeur: **83051**

Depuis le: **09/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le  
numéro salarié CNPS **202311251725**.

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**