

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



Abidjan, le 22 Mai 2025

N°: 02/3317/APST/2025

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

Monsieur: **N'DRIN VALLE ERIC**

Né(e) le: **18/05/2003**

Adresse: **09 BP 596 ABIDJAN 09**

Téléphone: **2250758025587**

E-mail: **diebakayoko@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI006867409**

Date de validité de la pièce: **07/07/2034**

Employé(e) chez: **SCOOP-CA COO PAMA-COOP-CA**

Matricule employeur: **361257**

Depuis le: **04/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **103012386975**.

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