

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



Abidjan, le 23 Mai 2025

N°: 06/812/1/APSY/2025

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

Madame: **NAHOUNOU LIKANE GRACE PAMELA**

Né(e) le: **06/10/1994**

Adresse: **01 BP 1304 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250101020286**

E-mail: **gracepamela593@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005244095**

Date de validité de la pièce: **14/12/2032**

Employé(e) chez: **IVOIRIENE DE DISTRIBUTION(IDIS)**

Matricule employeur: **245343**

Depuis le: **01/03/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202100113203**.

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