

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



Abidjan, le 02 Juin 2025

**N°: 06/819/1/APSY/2025**

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

Madame: **AMOUYE EHOUSOU ATTARA SIMONE**

Né(e) le: **11/11/1979**

Adresse: **23 BP 1304 ABIDJAN 23**

Téléphone: **2252723522658**

E-mail: **amouyeehoussou.a@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI000236401**

Date de validité de la pièce: **10/10/2030**

Employé(e) chez: **GROUPEMENT IVOIRIEN D'INDUSTRIE ET DE COMMERCE**

Matricule employeur: **295374**

Depuis le: **01/12/2018**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **279121864759**.

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**