

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



Abidjan, le 30 Avril 2024

N°: 02/2753/1/APST/2024

Je soussigné (e) Monsieur **KOUAKOU KOUAME PHILIPPE**, Adjoint au Directeur de  
l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **FOFANA SOUMAILA**  
Né(e) le : **02/07/1997**  
Adresse: **05 BP 596 ABIDJAN 05**  
Téléphone: **2250575891880**  
Email: **fofana.ismael12@icloud.com**  
N°pièce d'identité: **CI0052144768**  
Date de validité de la pièce: **07/12/2032**  
Employé(e) chez: **ENTREPRISE BAMBA FRERES (MAMADOU BAMBA)**  
Matricule employeur: **121 488**  
Depuis le: **01/10/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance  
Sociale sous le numéro salarié CNPS **197011983516**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

L'ADJOINT AU DIRECTEUR

KOUAKOU KOUAME PHILIPPE