

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



Abidjan, le 18 Octobre 2024

N°: 02/2011/1/APST/2024

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

Monsieur: **TEBELE TCHEGA ARMEL ISMAEL**

Né(e) le: **09/04/2000**

Adresse: **BP 16 ABIDJAN**

Téléphone: **2250749157015**

Email: **tebeleismael@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002300531**

Date de validité de la pièce: **21/09/2031**

Employé(e) chez: **SOCIETE DE DISTRIBUTION D'EAU DE LA COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **1952**

Depuis le: **04/11/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202211438547**.

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