

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



Abidjan, le 14 Novembre 2024

N°: 02/1814/1/APST/2024

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

Monsieur: **KONE LAMINE**

Né(e) le: **24/03/1999**

Adresse: **01 BP 902 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250748623336**

Email: **konelamine2403@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI00058284**

Date de validité de la pièce: **16/10/2031**

Employé(e) chez: **SOCIETE IVOIRIENNE DE BETON MANUFACTURE**

Matricule employeur: **136201**

Depuis le: **01/12/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance  
Sociale sous le numéro salarié CNPS **199011958124**.

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