

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



Abidjan, le 26 Novembre 2024

N°: 02/1765/APST/2024

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

Monsieur: **TOURE ABOUBACAR**

Né(e) le: **19/03/1997**

Adresse: **05 BP 559 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250718909033**

Email: **abou.toure333@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI004472029**

Date de validité de la pièce: **06/09/2032**

Employé(e) chez: **INFORMATIQUE PLUS CI**

Matricule employeur: **475391**

Depuis le: **01/08/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance  
Sociale sous le numéro salarié CNPS **197011984475**.

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