

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



Abidjan, le 03 Décembre 2024

N°: 06/907/1/APSY/2024

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

Monsieur: **SIDIBE IDRISSE**

Né(e) le: **21/05/1989**

Adresse: **09 BP 3817 ABIDJAN 09**

Téléphone: **2250713909033**

Email: **drissidibed@gmail.com**

N°Passeport: **CI002131187**

Date de validité de la pièce: **27/07/2031**

Employé(e) chez: **TEREBAT**

Matricule employeur: **312641**

Depuis le: **01/08/2017**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **189011755816**.

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