

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



Abidjan, le 03 Janvier 2025

**N°: 06/729/1/APSY/2025**

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

Madame: **SORO KATCHENE FATIM**  
Né(e) le: **08/10/1997**  
Adresse: **09 BP 3817 ABIDJAN 09**  
Téléphone: **2250546231414**  
Email: **sorofatimkat@gmail.com**  
N°Passeport: **CI005777190**  
Date de validité de la pièce: **22/05/2033**  
Employé(e) chez: **TEREBAT**  
Matricule employeur: **312641**  
Depuis le: **01/08/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **297011967535**.

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**