



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

Abidjan, le 12 Septembre 2025

N°: 02/2361/APST/2025

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

Madame: **BABO ALIDA NADEGE**

Né(e) le: **26/04/1987**

Adresse: **16 BP 37 ABIDJAN 16**

Téléphone: **2250778466493**

E-mail: **alima778@gmail.com**

N°pièce d'identité: **24AX09287**

Date de validité de la pièce: **14/04/2030**

Employé(e) chez: **EBUTRANS**

Matricule employeur: **286309**

Depuis le: **05/04/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **286100152885**.

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**