

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



Abidjan, le 03 Novembre 2025

N°: 02/2941/1/APST/2025

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

Mademoiselle: **KONAN ANGE ESSE AHOUE STEPHANE**

Né(e) le: **25/07/1999**

Adresse: **01 BP 1511 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250777014682**

N°pièce d'identité: **CI008072566**

Date de validité de la pièce: **16/07/2035**

Email: **stephaneesse533@gmail.com**

Employé(e) chez: **SPCA-CI**

Matricule employeur: **361257**

Depuis le: **01/06/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202300043670**.

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 ANTOINETTE