

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

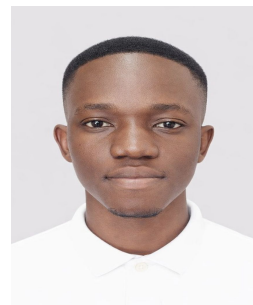


Abidjan, le 16 Janvier 2026

N°: 02/4863/1/APST/2026

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

Monsieur: **KABA IBRAHIM CHRIST JEAN-NOEL**
Né(e) le: **11/02/2001**
Adresse: **01 BP 3788 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250788431435**
N°pièce d'identité: **CI003778308**
Date de validité de la pièce: **16/04/2032**
Email: **jnkaba01@outlook.fr**
Employé(e) chez: **COMPAGNIE IVOIRIENNE D'ELECTRICITE**
Matricule employeur: **149596**
Depuis le: **03/06/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202401061350**.
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