

SOLICITUD DE CAMBIO  
EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

CENTRO DE ADSCRIPCIÓN ACTUAL \_\_\_\_\_

CENTRO QUE SOLICITA \_\_\_\_\_

SALA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL NIÑO (A) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MAMA \_\_\_\_\_

LUGAR EN DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

HORARIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PAPA \_\_\_\_\_

Los Centros de Atención Infantil son los responsables de proteger los datos personales recabados en el presente formato; mismos que serán utilizados únicamente para la solicitud de cambios de los Centros de Atención Infantil. Asimismo, informo a Usted que la información proporcionada será transferida al Departamento de Educación Inicial para su conocimiento y trámite conducente. Siendo el sitio de internet donde puede consultar el aviso de privacidad integral el siguiente:

<https://slp.gob.mx/sege/Paginas/Aviso-de-Privacidad.aspx>

Declaro que conozco de forma completa e informada el tratamiento que se dará a mi información personal.

NOTA: Todos los espacios deben ser requisitados.

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

**NOTA IMPORTANTE:** Esta solicitud deberá entregarse directamente en el CAI de su interés.