|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ СОШ  им.Героя Социалистического Труда С.Кокаева с.Хумалаг  Битиевой Эльвире Захаровне  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ**

Я, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, даю согласие на обучение моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, учащегося 5-го класса, в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом основного общего образования, утвержденным приказом Минпросвещения от 31.05.2021 № 287.

Подтверждаю, что ознакомлена с федеральными нормативными актами и документами МБОУ СОШ им.Героя Социалистического Труда С.Кокаева с.Хумалаг, регламентирующими образовательную деятельность школы, а также с моими правами и обязанностями.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_202\_г. |  | *Э.З.Битиева* |