

Hill Regional Career Magnet High School AHEAD Summer Program

ACADEMIC & FAMILY HISTORY QUESTIONNAIRE

All questions contained in this questionnaire are strictly confidential and will become part of your child's school record.

Parent/Guardian Name (Last, First, M.I.): _____

Student Name (Last, First, M.I.): M F _____ Student DOB: ___/___/___

Home Address: _____

Mailing Address: _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Contact Information: Home () _____ Cell () _____

Work () _____ Email: _____

Marital status: Single Partnered Married Separated Divorced Widowed

Race: Black White Hispanic Other (please print) _____

Last School Attended: _____ City _____ State _____

FAMILY HISTORY

Head of Household: Grandparent Mother Father Sister Brother Other (explain) _____

Other Children in household: _____

Is there a custody issue? Yes No * If, Yes, who has custody _____ Relationship _____

(*A current copy of your custody papers is required.)

Currently receiving supports through an agency (i.e. Clifford Beers, DCF, Probation) If yes, whom? _____

EMERGENCY INFORMATION

Name: _____ Phone #'s: () _____ Relation: _____

Address: _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Name: _____ Phone #'s: () _____ Relation: _____

Address: _____ City _____ State _____ Zip Code _____

LANGUAGE

Birth/Natural Language: (i.e. English, Spanish, French, Arabic, etc.) _____

Is English Spoken in the Home? Yes No

ACADEMICS

Has your child ever received any of the following services? Yes No

Special Ed ESL (English as a Second Language) 504 (Handicap/Hearing Impaired) Talented and Gifted (TAG)

Grade _____ Year _____ Currently Receiving Yes No

Subject Area: Health/Science Business/Technology Undecided

World Language: Spanish # of Years _____ Grade _____ French # of Years _____ Grade _____

MEDICAL

Medical Insurance:

Dr:

Medicines:

Allergies:

INTEREST/HOBBIES

QUESTIONARIO HISTORICO FAMILIAR Y ACADEMICO

Todas las contestaciones a las preguntas de éste cuestionario serán estrictamente confidencial y parte del expediente escolar del estudiante

Nombre del Padre/Guardian (Apellido, Nombre, Inicial): _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

Información para contacto: Casa () _____ Celular () _____

Trabajo () _____ Email: _____

Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Inicial): M F

Fecha de Nacimiento (Mes, día, años) : ____/____/____

Estado Civil:

Soltero Compañeros Casados
 Separados Divorciados Viudos

Raza: Negro Blanco Hispano Otro (especifique) _____

última escuela que asistió: _____ Ciudad _____ Estado _____

HISTORIA FAMILIAR

Jefe de la casa: Abuelo Madre Padre Hermana Hermano Otro (explique) _____

Otros niños en la casa: _____

¿Hay algún tipo de custodia legal? Sí No * Si su contestación es Sí, quién custodia _____

Parentesco _____

(*Favor de someter copia reciente de los papeles de custodia) ¿Esta recibiendo ayuda por una agencia? (i.e. Clifford Beers, DCF, Probation) especifique con quien.

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

IDIOMA

Idioma de nacimiento: (i.e. Inglés, Español, Frances, Árabe, Otro.) _____

¿Se habla Inglés en la casa? Sí No

ACADÉMICO

¿El estudiante ha recibido alguno de estos servicios? (Si contesta Sí, favor de identificar cuál o cuáles) Sí No

Educación Especial ESL (Inglés como Segundo Idioma) 504 (Discapacitado/Impedimento Auditivo) Talentoso (TAG)

Grado _____ Año _____ Recibe servicios actualmente Sí No

Planes de estudios: Salud/Ciencias Negocios/Tecnología Indeciso

Legua Extranjera que ha estudiado: Español Número de años _____ Grado _____ Frances Número de años _____ Grado _____

MEDICO

Nombre del Seguro Médico:	Dr:	Medicinas	Alergias:

INTERESES/PASATIEMPO