

QUIBERON

INFINIMENT PRESQU'ÎLE



PORTAIL FAMILLES 2019

Depuis l'année dernière, la commune de Quiberon s'est équipée d'un nouveau logiciel d'Inscription, de Pointage et de Facturation pour :

LE RESTAURANT SCOLAIRE

L'ACCUEIL PERISCOLAIRE

L'ACCUEIL DE LOISIRS 3-12 ANS

LES STAGES MULTI ACTIVITES 7-11 ANS

L'ANIMATION JEUNESSE 11-17 ANS

INSCRIPTION

1/ Envoyez un courriel : centredeloisirs@ville-quiberon.fr ou animationjeunesse@ville-quiberon.fr

Objet : Ouverture d'un compte famille

Noms et prénoms des parents

N° de téléphone : 1 parent minimum

Adresse postale

Nom et date de naissance de/des enfants

Adresse mail (précisez si différente de celle de l'envoi)

En cas de famille séparée, merci de nous indiquer vos conditions de garde.

(Nous créons votre compte famille et vous y donnons accès. Un courriel vous est adressé !)

2/ Rendez-vous sur le site : <https://quiberon.portail-familles.net/>

The screenshot shows the 'Mairie de Quiberon' family portal. At the top, there's a header with the logo and a banner image. Below the header, a navigation menu includes 'Mairie de Quiberon', 'Contact Accueil de loisirs', 'Contact Animation Jeunesse', 'Contactez-nous', 'Visiteur', 'Mon compte', 'Déconnexion', 'Infos Pratiques', 'Paielement par TIPI', 'Tarifs', 'Tarifs Restaurant Scolaire', 'Tarifs ALSH et Stage Multi Activité', 'Tarifs Animation Jeunesse', and 'Tarifs Periscolaire'. The main content area features a login section titled 'Connexion à votre espace' with fields for 'Identifiant' and 'Mot de passe', and a 'Connexion' button. Below the login section, there's an 'INFORMATION' section with a red banner for 'LE VENDREDI 31 MAI' and a 'NOTE D'INFORMATION' section with details about updating registration files and providing documents like CAF and birth certificates.

Entrez votre identifiant (votre adresse mail) et votre mot de passe (lors de la 1^{ère} connexion, il s'agit de votre adresse mail)

This is a close-up of the login form. It features the header 'Connexion à votre espace' with a small icon. Below it are two input fields: 'Identifiant' containing the email address 'famille.test@orange.fr' and 'Mot de passe' containing a series of dots. To the right of the password field is a blue 'Connexion' button with a checkmark icon. Below the input fields is a link that says 'Identifiant ou Mot de passe oublié ?'.

Cliquez sur Connexion

ACCES A VOTRE COMPTE FAMILLE



INFORMATIONS DU COMPTE

Mes Informations

- Modifier les informations de la famille
- Modifier mon login (adresse mail)
- Modifier mon mot de passe

1/ Modifiez les informations de la famille :

Coordonnées

Coordonnées

Civilité: M. et Mme

Nom de Famille: TEST

Adresse

N° et Rue: 34 RUE DES GERANIUM

Complément d'adresse: RES. DES LILAS

APP_56

Code Postal et Ville: 35000 RENNES

Téléphone domicile: 0299345678 0645362109

Informations personnelles

Informations personnelles

Situation Familiale: Marié(e)

Nombre d'enfant: 1 Nombre d'enfant à charge: 1

Numéro d'allocataire: 123456 Mère Père

Quotient Familial:

Régime: CAF

Secteur: < Aucun >

Zone: < Aucune >

Les parents

(Le bouton  permet de recopier l'adresse)

Les parents

	Monsieur	Madame
Nom	TEST	TEST
Prénom	ALEXANDRE	CELINE
Adresse :		
N° et Rue	56 RUE DES GERANIUM	56 RUE DES GERANIUM
Complément d'adresse	RES. DES LILAS	RES. DES LILAS
Code Postal et Ville	35000 RENNES	35000 RENNES
Tél. domicile	0299345678	0299345678
Tél. Professionnel		
Tél. Mobile	0679463521	0786955343
Date de naissance	12/05/1977	25/03/1978
Lieu de naissance	RENNES 35	RENNES 35
N° de sécurité sociale	177023529800535	177023529820535
Profession	MEDECIN	FLEURISTE
Catégorie socio professionnelle	< Aucune >	< Aucune >
Lieu de travail	HOPITAL	HAPPY FLEURS
	35000 RENNES	35000 RENNES

 **Enregistrer**

N'oubliez pas d'accepter et d'enregistrer !

2/ Modifiez le login (adresse mail) si besoin : cliquez sur la ligne « Modifier » et suivez les instructions du portail

3/ Modifiez le mot de passe (conseillé) : cliquez sur la ligne « Modifier » et suivez les instructions du portail (Attention ! Quand vous changez votre mot de passe, il faut le valider dans les 48h suivant la modification)



ENFANTS

Mes Enfants

+ Ajouter un enfant

TEST VALENTINA (7 ans et 5 mois)

TEST ROMEO (4 ans et 7 mois)

1/ Modifiez les informations pour chaque enfant : Cliquez sur le nom de l'enfant et sur l'onglet « Voir/Modifier la fiche enfant » (Attention ! S'il y a des modifications à apporter au cours de l'année, merci de mettre à jour les informations dès que possible)

Informations

Informations enfant

Nom: TEST ✓

Prénom: ROMEO ✓

2ème prénom: ALEXANDRE

Date de naissance: 30/09/2010 ✓

Lieu de naissance: RENNES

Sexe: Garçon Filles

Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Maladie	Oui	Non
ANGINE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OREILLONS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OTITE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
RUBEOLE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SCARLATINE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VARICELLE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnes à contacter en cas d'urgence

Les personnes à contacter en cas d'urgence

+ Ajouter une personne

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant
TEST	YVETTE	GRAND-MERE

L'enfant a-t-il des allergies ?

Allergies	Oui	Non	Précisez
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ASTHME	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI BRONCHITE
AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant

+ Ajouter une personne

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant
TEST	YVETTE	GRAND-MERE
TEST	CLAUDE	GRAND-PERE

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser ci-dessous les détails :

Autorisations

Autorisations

AUTORISATION CONSULTATION CDAP	J'autorise le service enfance jeunesse à consulter mon quotient familial sur le site de la CAF. En cas de refus le tarif maximum sera automatiquement attribué.	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
AUTORISATION D'HOSPITALISATION/URGENCE	J'autorise le service enfance jeunesse à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et d'indisponibilité de ma part. (conduire l'enfant et assurer la sortie) Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
AUTORISATION DE FILMER/PHOTOCRAPHER	J'autorise le service enfance jeunesse à filmer ou photographier mon enfant et autorise la diffusion de ces images.	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DELIVRER MEDICAMENT SUR ORDONNANCE	J'autorise le service enfance jeunesse à délivrer un médicament spécifié sur une ordonnance.	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
RENTREUR SEUL	J'autorise mon enfant à quitter seul les locaux du service enfance jeunesse.	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non

Antécédents Médicaux

Opération des végétations en mars 2012

Recommandation utiles des parents

Port de lunettes

Le médecin traitant de votre enfant

Nom: DR. BROCHANT

Adresse: 2 RUE DE LA MER

Code Postal et Ville: 35000 RENNES

Téléphone: 0299463578

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Régime alimentaire	Oui	Non	Précisez
REGIME SANS PORC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



N'oubliez pas d'accepter et d'enregistrer !



ACCUEIL DE LOISIRS / PERISCOLAIRE

Sélectionnez nouvelle réservation

Sélectionnez l'enfant concerné

Sélectionnez l'établissement et la période :

- ALSH St Julien 3-12 ans (Mercredi et Vacances)
- Restauration/Périscolaire
- Stage Multi Activités 7-11 ans
- Animation Jeunesse 11-17 ans

Attention ! Les périodes des vacances n'apparaissent que quelques semaines avant les vacances

Sélectionnez les jours du planning que vous souhaitez. Attention ! Pour les Stages Multi Activités et l'Animation Jeunesse, sélectionnez l'activité !

Validez le planning en cliquant sur **Confirmer la réservation** et cliquez sur le bouton **Terminer** pour finaliser votre demande.

Votre réservation apparaît dans la liste des réservations.

Voici les icônes qui peuvent apparaître à coté de votre réservation en fonction de l'état de votre réservation.

Les réservations					
+ Nouvelle réservation					
N°	Référent	Etablissement / Période	Crée le ... Réservation du ... au ...	Etat	Voir
00049	TEST VALENTINA	L ILE AUX ENFANTS / MERCREDIS / VACANCES Ete 2015	29/05/2015 à 12:34 Du 01/07/2015 au 28/07/2015		
		L ILE AUX ENFANTS / MERCREDIS /			

Pour annuler, c'est la même démarche !



MES FACTURES & PAIEMENTS

Consultez vos factures détaillées

 Mes Factures & Paiements Masquer					
Total facturé : 861,73€ (4 factures)					
Total payé : 133,00€ (1 paiement) Payer en ligne ?					
Total restant dû : 728,73€ (3 factures non soldées)					
	Date	Détail	Montant facture	Montant paiement	Etat
	18/01/2011	Paiement n° 04083 (par PAYLINE)		133,00 €	
	30/11/2009	Facture n° 2006-00098	249,96 €		 
	01/01/2009	Facture n° 00001	133,00 €		 
Afficher <input type="text" value="5"/> éléments / page (de 1 à 5 sur 5 éléments) 					

La facturation est gérée par le service Enfance Jeunesse : elle est mensuelle !

Si vous souhaitez régler vos factures par prélèvement, vous devez fournir un RIB au service Enfance Jeunesse.

Les règlements sont ensuite traités par le Trésor Public.



PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Enregistrez vos documents **obligatoires** :

- Famille : Attestation CAF (si Quotient Familial < 1038, pour bénéficier du tarif inférieur),
- Enfant : Photocopie des vaccins, attestation bons caf

Si participation à une activité nautique : fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités sportives et nautiques et un brevet de natation.

 **Pièces justificatives à fournir**

[+ Ajouter un document](#)

Mes documents | **Liste des documents à fournir**

Mes documents		Dossier		Voir
Aucun élément				

Cliquez sur « ajouter un document »

Cliquez sur l'icône  pour consulter le document fourni

Nous espérons que ce mini guide du portail vous aidera dans vos démarches.

Si vous avez des questions ou que vous rencontrez des difficultés,
le service Enfance Jeunesse se tient à votre disposition.

Service Enfance :

Anne Cécile LE PIOUFFLE

02 97 50 08 41

06 65 17 67 46

centredeloisirs@ville-quiberon.fr

ALSH St Julien

16 rue de la petite côte

56170 Quiberon

Service Jeunesse :

Aurélie CALARNOU

07 86 46 14 17

animationjeunesse@ville-quiberon.fr

Espace Jeunes

Rue Jules Ferry

56170 Quiberon