

Portail Familles



Guide de l'utilisateur « Portail Familles »

Maison de l'Enfance
18 Avenue de la Croix Verte
Saint-Pierre-Montlimart
49110 MONTREVAULT-SUR-ÈVRE
02 41 70 85 18
portail-familles@montrevaultsurevre.fr

1- CONNEXION À VOTRE ESPACE PERSONNEL

Identifiant: famille.test@orange.fr
Mot de passe: [masked]
[Connexion]

Identifiant ou Mot de passe oublié ?

Pour vous connecter à votre espace personnel : Saisissez votre identifiant :

Identifiant
famille.test@orange.fr

→ Saisissez votre mot de passe :

Mot de passe
[masked]


→ Cliquez sur le bouton [Connexion] pour accéder à votre espace personnel

→ Si vous avez oublié votre identifiant ou votre mot de passe, **cf. la procédure « Récupérer Identifiant ou Mot de passe oublié »**

→ Si vous n'avez ni d'identifiant, ni de mot de passe, **contacter l'Accueil de la Maison de l'Enfance au 02.41.70.85.18**

2- COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE « FAMILLE »





Les champs suivis d'un astérisque  sont obligatoires.

« FAMILLE »

Mes Informations

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

Le bloc  « **Mes Informations** » permet de visualiser ou modifier les informations sur la famille, votre adresse mail ou mot de passe.

Le bloc  « **Mes Enfants** » permet d'ajouter, de visualiser ou de modifier les informations sur les

Mes Enfants

- Ajouter un enfant
- TEST VALENTINA (7 ans et 5 mois)
- TEST ROMEO (4 ans et 7 mois)

MODIFIER LES INFORMATIONS DE LA FAMILLE

Cliquez sur la ligne

[Modifier les informations de la famille](#)

si vous souhaitez modifier les informations du formulaire famille.

A la fin de votre saisie, cliquez sauvegarder sur le bouton

[Enregistrer](#) afin

d'enregistrer les modifications.

Informations de la famille

Portail de démonstration
44, rue du Grand Jardin
35400 SAINT MALO
Tél : 0825 281 825
[Contactez nous](#)

famille.test@orange.fr
[Accueil](#)
[Mon compte](#)
[Déconnexion](#)

Site de la ville
Les menus

N'oubliez pas de valider le formulaire après avoir effectué vos modifications pour les enregistrer.
NB : Les champs suivis d'une astérisque (*) sont obligatoires.

Coordonnées

Civilité M. et Mme
Nom de Famille FAMILLE TEST
Adresse
N° et Rue RUE TEST
Complément d'adresse
Code Postal et Ville 35000 RENNES
Téléphone domicile 0299345678

Informations personnelles

COORDONNÉES

- Veuillez renseigner les champs obligatoires
- Vous pouvez renseigner les autres champs à titre d'information

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 >

- Veuillez renseigner les champs Informations Personnelles

LES PARENTS

→ Veuillez renseigner la colonne « Monsieur » et la colonne « Madame ». Aucun champ n'est obligatoire.

→ Le bouton  permet de recopier l'adresse

Cliquez sur le bouton



à la fin de votre saisie.

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

MES ENFANTS



Dans ce bloc il est possible :

→ d'ajouter un enfant

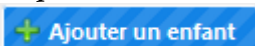
→ de visualiser

→ de modifier la fiche enfant

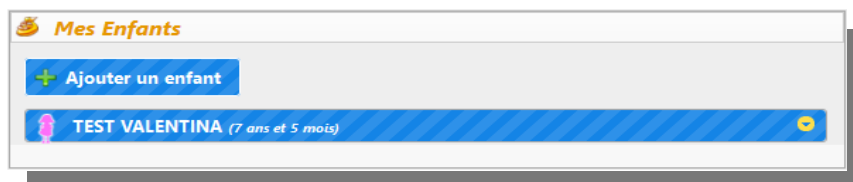
COMMENT AJOUTER UN ENFANT ?

Pour inscrire les enfants dans votre espace famille :

→ cliquez sur le bouton




→ Vous accédez au formulaire « Enfant »



3- COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE « ENFANT » ?

INFORMATION ENFANT



Les champs suivis d'un astérisque  sont obligatoires.

Informations enfant

Nom	TEST	<input checked="" type="checkbox"/>
Prénom	ROMEO	<input checked="" type="checkbox"/>
2ème prénom	ALEXANDRE	
Date de naissance	30/09/2010	<input checked="" type="checkbox"/>
Lieu de naissance	RENNES	Dept. <input type="text" value="35"/>
Sexe	<input checked="" type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille	

- Veuillez renseigner les champs obligatoires
- Cochez la case correspondante pour indiquer le sexe de l'enfant

Vaccinations

Vaccins	Effectué ?	Dernière Vaccination
BCG	<input checked="" type="checkbox"/>	
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/>	
DIPHTERIE	<input checked="" type="checkbox"/>	05/2011
DT POLIO	<input type="checkbox"/>	
HEPATITE B	<input type="checkbox"/>	
POLIOMYELITE	<input type="checkbox"/>	
ROR	<input type="checkbox"/>	
TETANOS	<input checked="" type="checkbox"/>	01/2012
TETRACOQ	<input type="checkbox"/>	

- Dans la zone **Vaccinations** :
- Cochez les vaccins que l'enfant a eu dans la colonne « **Effectué** »
 - Indiquez la date de la dernière vaccination, si nécessaire dans la colonne « **Dernière Vaccinations** »

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"/>

- Dans la zone **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?** :
- La colonne « **Non** » est cochée par défaut pour toutes les maladies
 - La colonne « **Oui** » permet d'indiquer les maladies que votre enfant a déjà eu.

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"/>	

- Dans la zone **L'enfant a-t-il des allergies ?** :
- La colonne « **Non** » est cochée par défaut pour toutes les allergies
 - Cochez les cases correspondantes aux allergies de votre enfant dans la colonne « **Oui** »
 - Notez un commentaire dans la colonne « **Précisez** »

Dans la zone **Recommandation utiles des parents** :

- Veuillez noter les observations concernant votre enfant : port de lunettes, appareil dentaire, difficulté de sommeil, etc.

Recommandation utiles des parents

B I U Taille police A | | | | | | | |

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

Dans la zone **Le médecin traitant de votre enfant** :
 → Veuillez indiquer les coordonnées du médecin traitant de votre enfant.

« LES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET LES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT »

Veillez indiquer les personnes à contacter en cas d'urgence pour votre enfant :

- Pour ajouter une personne, cliquez sur le bouton .
- Le bouton  permet de modifier la fiche de la personne à contacter.
- Le bouton  permet de supprimer la fiche de la personne à contacter.

Les personnes à contacter en cas d'urgence

+ Ajouter une personne

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

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	 

« AUTORISATIONS »

Cochez les cases correspondantes :



Répondez NON ou Oui pour chaque autorisation.






Cliquez sur le bouton Enregistrer pour valider le formulaire « Enfant ».

Autorisations		
Autorisation		
Photo / Vidéo	Je (nous) soussigné(s) tuteur(s) légal(aux) autorise(ons) la Ville de <i>Démonstration</i> à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités péri et extra-scolaires. <small>*Si vous vous opposez à cette diffusion, joindre impérativement une attestation manuscrite (modèle et renseignements auprès du service enfance jeunesse)</small>	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
URGENCE	Je (nous) soussigné(s) tuteur(s) légal(aux) autorise(ons) les responsables du service, à transporter mon enfant dans un véhicule, à faire donner à mon enfant en cas d'urgence, tous les soins nécessités par son état, y compris si nécessaire une intervention chirurgicale	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

4- COMMENT VISUALISER / MODIFIER LA FICHE ENFANT

Pour visualiser la fiche enfant et/ou pouvoir la modifier :

- Cliquez sur le bouton  situé sur la ligne de la fiche enfant que vous souhaitez voir/modifier
- Le détail de la fiche enfant s'affiche
- Pour voir l'intégralité de la fiche ou pour la modifier, cliquez sur le bouton  Voir / Modifier la fiche enfant
- Vous accédez au formulaire « Enfant »
- Pour valider les modifications, veuillez cliquer sur le bouton Enregistrer qui se trouve à la fin du formulaire « Enfant ».

Mes Enfants	
Ajouter un enfant	
 TEST VALENTINA (7 ans et 5 mois)	
 TEST ROMEO (4 ans et 7 mois)	
Nom : TEST	 Voir / Modifier la fiche enfant
Prénom : ROMEO	
2ème Prénom : ALEXANDRE	
Date naissance : 30/09/2010	
Age : 4 ans et 7 mois	
Lieu naissance : RENNES(35)	