

**EXCURSIÓN A PUY DU FOU**

Estimadas familias, personas usuarias y compañeras/os:

Se está organizando una excursión a PUY DU FOU España, en Toledo para el día 11 de abril. Puy du Fou es un parque temático que recrea los ambientes medievales. Está muy reconocido por sus espectáculos de día y de noche.

Las personas usuarias de la entidad han decidido visitarlo y promover que las familias, trabajadores y demás miembros de la entidad podamos disfrutar de ello.

El programa general será el siguiente:

**Salida de Ávila a las 8:45 del día 11 de abril de 2025**

**Llegada al parque PUY DO FOU.**

**Comida, cada uno por su cuenta (se puede introducir comida)**

**A las 20:00 cierra el parque y se puede permanecer en la zona de restauración del parque.**

**A las 21:30 comienza el espectáculo del “Sueño de Toledo” del cual todo el mundo que lo ha visto habla maravilla”.**

**Fin del espectáculo sobre las 23:30 y retorno a Ávila.**

Precios aproximados. Se cerrará una vez sepamos si sale grupo (mínimo de 20 personas para que nos consideren grupo):

**Entrada parque + espectáculo nocturno + bus : 80€ aprox. por persona.**

Hemos de hacer la reserva de grupo lo antes posible, por lo que aquellos que estéis interesados en ir, por favor, que cumplimenten y entreguen el siguiente formulario antes del 27 de febrero:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La familia de …………………………………………………………………………………….. persona con discapacidad/ trabajador/patrono/voluntario/ desea participar de la visita a PUY DO FOU prevista para el 11 de abril.

Nº de participantes total de la familia que quieren apuntarse:\_\_\_\_\_\_

Nombres de los miembros de la familia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona con discapacidad irá sin familia de apoyo: SI NO.

Fecha y firma:

Nota: Se ajustará el número de profesionales al de personas con discapacidad que vayan sin apoyo de la familia.